This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

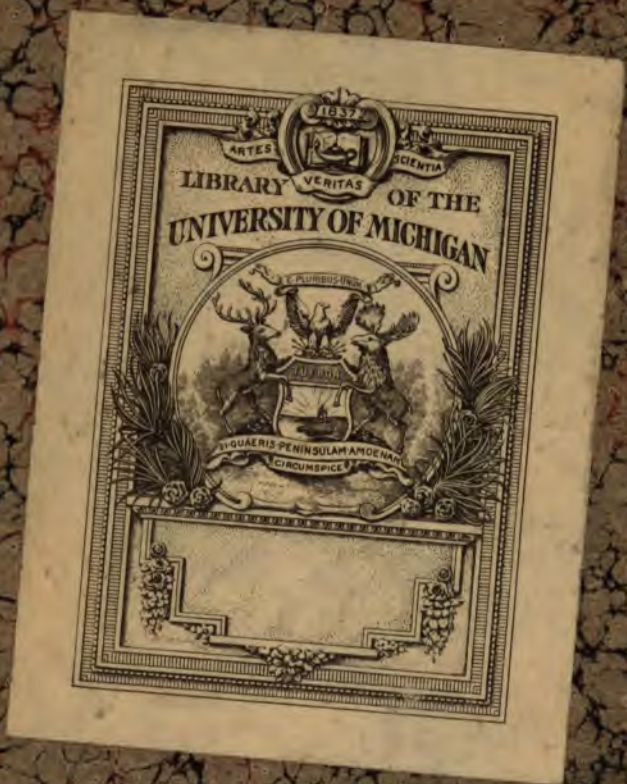
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

A 3 9015 00381 037 4
University of Michigan - BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

610.5
S678
A53

BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

BULLETINS

DE LA

74372

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS

ANATOMIE NORMALE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE — CLINIQUE

XXXVe ANNÉE — 1860

2e SÉRIE — TOME V

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR GENOUVILLE, SECRÉTAIRE

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

M DCCC LX

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXXVe ANNÉE. — 1860.

2e SÉRIE. — TOME V.

Bureau.

Président	MM. CRUVEILHIER.
Vice-Présidents	MILLARD. CHARRIER.
Secrétaire.	GENOUVILLE.
Vice-Secrétaire	BESNIER.
Trésorier	BLAIN DES CORMIERS.
Archiviste.	POUMET.

Titulaires.

AXENFELD, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.
BARTH, médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté.
BESNIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BLAIN DES CORMIERS, ex-chef de clinique de la Faculté.
BONFILS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BROCA, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
BUCQUOY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

CHARRIER, ex-chef de clinique de la Faculté.
CRUVEILHIER, professeur à la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux.
DESCROIZILLES, interne des hôpitaux, D. M. P.
FOVILLE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GENOUVILLE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GERIN-ROSE, interne des hôpitaux.
MILLARD, médecin des hôpitaux, D. M. P.
MOREAU (Alexis), ex-chef de clinique de la Faculté.
PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
POUMET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
SIMON (Edm.), interne des hôpitaux.
TRÉLAT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
VIDAL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

Adjoints.

BAILLY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BALL, ex-interne des hôpitaux.
BASTIEN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BECQUEREL, médecin de la Pitié, agrégé à la Faculté.
BIDARD, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BLACHEZ, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BOUREAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CADET DE GASSICOURT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CAMPANA, ex-interne des hôpitaux.
CAVASSE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CHALVET, interne des hôpitaux.
CHARNAL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
COULON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
CRUVEILHIER (Édouard), interne des hôpitaux.

DELESTRE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
DÉSORMEAUX, chirurgien de la Maternité.
DOLBEAU, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
DUCHAUSSOY, agrégé à la Faculté.
DUMONT-PALLIER, chef de clinique à la Faculté.
FAUVEL, ex-interne des hôpitaux.
FORGET (Eugène), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FOURNIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
FRITZ, interne des hôpitaux.
GARNIER, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GELLÉ, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GODARD, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GROS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GUERLAIN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
GUYON, ex-interne des hôpitaux, prosecteur de la Faculté.
ISAMBERT, ex-chef de clinique à la Faculté.
JARJAVAY, professeur à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.
LABBÉ (Édouard), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LABBÉ (Léon), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LADREIT DE LA CHARRIÈRE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LANCEREAUX, interne des hôpitaux.
LANDRY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LE FORT, ex-interne des hôpitaux, prosecteur de la Faculté.
LE GENDRE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LEROY (d'Étiolles), D. M. P.
LEVEN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LIÉGEOIS, agrégé à la Faculté.
LORAIN, agrégé à la Faculté.
LUYS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MAINGAULT, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MARCÉ, agrégé à la Faculté.
MAREY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MARTINEAU, interne des hôpitaux.

MOYNIER, ex-chef de clinique de la Faculté.
NADAUD DES ISLETS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
NÉLATON (Eugène), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
PANAS, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
PAUL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
PERRIN (Maurice), agrégé au Val-de-Grâce.
PILLON,, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
POTAIN, médecin de l'hospice des Ménages, agrégé à la Faculté.
PROUST, interne des hôpitaux.
RAYNAUD, interne des hôpitaux.
RICHARD-MAISONNEUVE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
SCHLOSS, D. M. P.
SAINT-GERMAIN (de), interne des hôpitaux.
SÉE, agrégé à la Faculté.

Honoraires.

Adelon.
Archambault.
Barthez.
Bauchet.
Beau.
Becquerel.
Béhier.
Blondeau.
Blot.
Boinet.
Bourdon.
Bouteiller.
Brierre de Boismont.
Burgraeve.
Castelnau.
Caudmont.
Cazalis.
Cazeaux.
Chassaignac.
Cloquet.
Contour.
Debrou.
Decès.
Demarquay.
Demeaux.
Denonvilliers.
Denucé.
Deville.
Diday.
Dubreuil.
Durand-Fardel.
Fiaux.
Figuières.
Fischer.
Fleury.
Foerg.
Foucher.
Gallard.

Gery.
Giraldès.
Gosselin.
Goubaux.
Goupil.
Grisolle.
Gueneau de Mussy (Noël).
Guérard.
Hérard.
Houël.
Huguier.
Hyrtl.
Jobert (de Lamballe).
Lacour.
Lacroix.
Lambron.
Larrey.
Laurence.
Lebert.
Letenneur.
Leudet.
Livois.
Lunier.
Maisonneuve.
Manec.
Marotte.
Maurocordato.
Mayet.
Mercier.
Michon.
Monod.
Moutard-Martin.
Nivet.
Orillard.
Pailloux.
Pigeaux.
Pigné.
Pinault.
Piogey.
Prestat.
Rey.
Richard (Xavier).
Rigaud.
Robert.
Robin.
Roger.
Rokitansky.
Rombeau.
Sedillot.
Skoda.
Spittal.
Tardieu.
Tavignot.
Thibault.
Thierry.
Thompson.
Vanzesti.
Vigla.
Virchow.

Correspondants.

Agneli.
Alby.
Altham.
Ambrosoli.
André.
Arrachard.
Astrier.
Astros (d').
Aubanel.
Aubrée.
Aubry.
Baillarger.
Balocchi.
Barbrau.
Barnier.
Barrier.

Bastien.
Beaugrand.
Béchet.
Béraud.
Bercioux.
Bergeron.
Bernard.
Bernutz.
Bertholle.
Bignon.
Binet.
Blanche.
Blin.
Boscredon.
Bouchacourt.
Boucher.
Bouchut.
Boulland.
Bourcy.
Bourgougnon.
Boursier.
Breslau.
Buendia.
Caffe.
Cahen.
Calle.
Campbell.
Canuet.
Chapsal.
Charcelay.
Charcot.
Cœurderoy.
Comin.
Corvisart.
Cusco.
Da Costa.
Daubeuf.
Debeauvais.
Deguise.
Delonjon.
Delpech
Demoncy.
Depaul.
Depuisaye.
Desnos.
Desruelles.
Destouches.
Didion.
Dionis.
Donné.
D'Ornellas.
Doyen.
Dubois.
Dubreuil.
Duchassaing.
Duclos.
Ducluzeau.
Ducros.
Duhamel.
Duménil.
Dumoulin.
Dutroulau.
Empis.
Espagne.
Estevenet.
Faget.
Fano.
Fauvel.
Favrot.
Fenerly.
Ferriani.
Finck.
Firmin.
Flandin.
Fleurot.
Follin.
Fremy.
Froment.
Gariel.
Gauchet.
Gaujot.
Gely.
Gendron.
Geoffroy Saint-Hilaire.
Gibert.
Giraud.
Gontier.
Gonzales Eccheveria.

Gratiolet.
Graü.
Gros.
Gruby.
Gubler.
Gueneau de Mussy (Henri).
Guerhard.
Guibout.
Guiet.
Guitton.
Guyon.
Herpin.
Juteau.
Keane.
Kölliker.
Krauss.
Laborie.
Laboulbène.
Labric.
Lacanal.
Lacaze-Duthiers.
Lacombe.
Lafargue.
Lafont.
Lagout.
Lailler.
Lamaestre.
Lambert.
Landouzy.
Langenbeck.
Lapre.
Larget-Piet.
Laroche.
Lasserre.
Laurent.
Lavocat.
Lebled.
Lebret.
Lediberder.
Ledru.
Lefèvre.
Legentil.
Lejuge.
Lepelletier.
Leroux.
Levieux.
Lhonneur.
Logerais.
Longet.
Loreau.
Luton.
Macquet.
Malat.
Malgaigne.
Malherbe.
Mandl.
Marchal (de Calvi).
Marchessaux.
Marjolin.
Marquis.
Martinez del Rio.
Martins.
Mascarel.
Masselot.
Matice.
Maunoury.
Maurice.
Mavré.
May.
Mesnet.
Michou.
Mignon.
Mignot.
Moissenet.
Mollay.
Morel.
Morat.
Mouret.
Moysant.
Murelle.
Narbonne.
Naudot.
Nélaton.
Neucourt.
Nidard.
Noka.
Ossipowski.
Oulmont.

Padieu.
Parise.
Pasquet.
Pasquier.
Passaut.
Patouillet.
Pegot.
Pénard.
Perdrigeon.
Perez Gonzalez.
Perret.
Perusset.
Petel.
Peyrot.
Piberet.
Picard.
Piedagnel.
Piegu.
Pierre.
Pinault.
Poisson.
Potier.
Pommeau.
Pourrat.
Prost.
Pruneau.
Puydebat.
Quatrevaux.
Quesne.
Quevauvilliers (de).
Racle (Vict.).
Raimbert.
Reignier.
Reilhac.
Ribes.
Richet.
Ricord.
Ripault.
Ripoll.
Roberty.
Roché.
Rocques.
Rollet.
Rouget.
Routier.
Saccamani.
Sainet.
Saint-Laurent (Chapotin de).
Saint-Yves.
Salmon.
Salneuve.
Sarrau.
Saucerotte.
Sauné.
Saunier.
Schultz.
Serre.
Souty.
Stevenson.
Strœklin.
Surmey.
Tassel.
Taupin.
Témoin.
Thivet.
Thomas.
Thore.
Thibierge.
Titon.
Tonnet.
Tricou.
Tronchon.
Turner.
Vannier.
Vauthier.
Vernois.
Vicherat.
Vitalis.
Voillemier.
Wickam.

BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

XXXVe ANNÉE. — JANVIER 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Polype de la vessie. — 2. Polype de l'estomac. — 3. Ramollissement de la moelle. — 4. Ulcérations de la trachée à la suite de la trachéotomie. — 5. Anévrysme de l'aorte ascendante. — 6. Calculs urinaires. — 7. Enchondrome de la partie inférieure du rectum. — 8. Ulcère simple de l'estomac. — 9. Œuf abortif rendu par fausse couche spontanée. — 10. Dilatation de l'aorte ascendante. — 11. Anévrysme de l'aorte ascendante. — 12. Anévrysme de l'aorte. — 13. Cancer des os du bassin. — 14. Plaie du péricarde. — 15. Hernie inguinale étranglée.

OBSERVATIONS. — Tumeur cancéreuse de l'intestin grêle, du mésentère et du grand épiploon. — Péritonite consécutive ; mort. — Autopsie par M. Descroizilles, interne des hôpitaux.

Double anévrysme de la crosse de l'aorte ; mort. — Observation et réflexions par M. Gerin Roze, interne des hôpitaux. — Extrait du rapport de M. le docteur L. Genouville.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Lancereaux* fait voir la *vessie d'une femme qui succomba aux suites d'une hématurie considérable*. L'organe renfermait dans sa cavité une tumeur molle, vasculaire, pédiculée, ayant tout à fait l'aspect d'un *polype fongueux*. La vessie contenait un caillot san-

guin considérable, et l'on apprit, d'ailleurs, que cette femme avait eu précédemment de fréquentes hématuries.

Sur le même cadavre, l'ovaire gauche était le siége d'un abcès qui paraissait s'être vidé dans le gros intestin, car la communication entre le foyer et le côlon était manifeste. La trompe participait également à la formation de la collection purulente.

M. *Proust* présente, au nom de M. *Fritz :*

2. *a.* Un *polype de l'estomac* provenant d'un homme de soixante-deux ans, mort, dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce polype, qui siége sur le milieu de la grande courbure de l'estomac, s'élève sur une ulcération de 3 centimètres de long; il est ovalaire et a le volume d'une noix, il est supporté par un pédicule assez large. Sa surface est inégale, rougeâtre; son sommet, ulcéré, est coloré en jaune par les liquides contenus dans l'estomac. Sa texture est charnue, vasculaire, et paraît devoir se faire ranger dans les productions fibreuses.

---

3. *b.* La *moelle épinière* d'une femme de trente ans, morte paraplégique le 17 janvier. Cette femme, qui avait beaucoup usé, dans sa jeunesse, des plaisirs de l'amour, portait une énorme eschare au sacrum; la suppuration des parties environnantes avait fusé dans l'intérieur du canal rachidien par les trous sacrés postérieurs; la gaîne des nerfs de la queue de cheval est enflammée et renferme du pus. La moelle épinière, à sa portion dorsale, est ramollie dans toute son épaisseur sur une longueur de 15 centimètres; la pulpe nerveuse se détache en partie sous un filet d'eau; sa coloration ne présente, d'ailleurs, aucune modification morbide.

---

4. M. *Raynaud* montre la *trachée* d'un enfant de deux ans et demi chez lequel on a pratiqué la trachéotomie. Il existe à la partie antérieure du conduit aérien *une ulcération*, et cependant la canule n'avait été portée que vingt-sept heures.

Il y avait, comme dans tous les cas où cette lésion s'observe, une affection pulmonaire.

Sur le même sujet existait un développement considérable et une saillie anormale des plaques de Peyer. M. Raynaud se demande s'il y aurait quelque rapport entre cet état et la diphthérie.

M. *Millard* ne voit là qu'une simple coïncidence.

M. *Genouville* fait observer cependant que M. le docteur Bourgarel a signalé dans sa thèse une altération analogue à celle-ci chez les enfants qui succombent à la suite de diphthérie, de rougeole et de scarlatine.

---

5. M. *Fritz* présente, à l'appui de sa candidature, un *anévrysme de l'aorte ascendante* recueilli sur une femme morte dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine. M. P..., âgée de quarante-sept ans, avait eu, à l'âge de trente-neuf ans, un rhumatisme articulaire aigu qui s'était prolongé pendant vingt-deux mois ; elle finit par se rétablir ; mais elle eut une rechute trois mois après. Au commencement de l'année 1855, elle eut une affection aiguë de poitrine, sans crachement de sang, avec point de côté qui dura quinze jours. En juillet 1859, elle eut un œdème à la face, de la fièvre pendant trois jours, et commença à ressentir une oppression qui occupait d'abord la région épigastrique et remontait ensuite sous le sternum. En même temps la toux retentissait douloureusement dans le sein droit, et la malade s'aperçut d'un gonflement à la partie supérieure de la poitrine, à droite et en avant. Accès de suffocation de temps en temps pendant la marche et dans l'attitude horizontale ; la malade se trouvait, au contraire, bien quand elle était assise ; pas d'expectoration, ou expectoration épaisse et noirâtre. Pendant la déglutition, les aliments paraissaient s'arrêter au niveau de la partie supérieure du sternum. La voix était enrouée.

Le 9 août, on constate : Face un peu bouffie, lèvres violacées ; pas de dilatation ni de battements des veines du cou. Pouls faible, à peu près égal aux deux radiales.

Saillie transversale de 5 centimètres de long sur 3 à 4 de large, se dessinant dans le deuxième espace intercostal droit, à côté du sternum, et accomgagnée d'un soulèvement général de la poitrine

du même côté; battements artériels, très manifestes dans la tumeur. La main, appliquée sur le côté droit de la poitrine, en avant, perçoit, au niveau du sein et surtout au niveau de la tumeur, des battements profonds qui suivent, à peu de chose près, le rhythme des battements du cœur. En appliquant une main sur le cœur et l'autre sur le côté droit du thorax, on s'assure qu'il y a, en quelque sorte, deux centres de battements. Ceux du cœur sont assez énergiques, plus forts que ceux de la tumeur, et sont perçus principalement à la région épigastrique. Du côté droit, matité s'étendant du bord droit du sternum presque jusqu'à la clavicule. Pas de souffle appréciable au cœur; sur la partie supérieure du sternum, au voisinage du deuxième espace intercostal, souffle intermittent très fort.

Un traitement par la digitale, les vésicatoires, la glace, n'amena aucune amélioration notable, et la malade quitta l'hôpital le 7 novembre. Elle y rentra le 14 et resta dans un état sensiblement le même jusqu'à la fin de l'année. En janvier 1860, la gêne de la respiration devint de plus en plus intense et continue, et la malade mourut asphyxiée le 23.

Autopsie. — En ouvrant la poitrine, on trouve la tumeur anévrysmale logée, par sa partie culminante antérieure, dans le deuxième espace intercostal, au voisinage du sternum; elle a aminci les muscles intercostaux au point de les réduire à l'épaisseur d'une feuille de papier, et érodé le sternum dans ce point et au-dessous dans la partie correspondant aux deuxième et troisième articulations chondro-sternales. La première de ces articulations est ouverte par suite de la destruction de ses ligaments. Vue en place, la tumeur paraît située surtout du côté droit de la poitrine, mais aussi sous le sternum, refoulant le cœur à gauche; le poumon gauche a contracté des adhérences très serrées, dans toute son étendue, avec la plèvre gauche; un peu d'épanchement dans la partie inférieure de la cavité pleurale gauche; un verre de sérosité citrine dans le péricarde. Après dissection, on constate que la tumeur est incrustée entre la partie supérieure des deux poumons, mesurant transversalement 9 centimètres et verticalement 8 centimètres. Elle fait saillie dans le péricarde; bien qu'elle soit située principalement en dehors de cette cavité séreuse, sa face inférieure a fait subir à l'artère pulmonaire une déviation en arrière et

à gauche. Le sac contient des caillots du volume des deux poings, les uns passifs, ressemblant à de la gelée de groseille, les autres actifs, fibrineux, stratifiés, en voie de décoloration, en rapport avec le fond du foyer. Cette partie solide est revêtue par une couche de fibrine tout à fait décolorée et rappelant les fausses membranes des séreuses enflammées. Le foyer est formé par la dilatation de l'aorte ascendante, dilatation qui commence au moment où l'aorte se porte en dehors et à droite, à 2 centimètres environ de l'orifice aortique et qui finit supérieurement au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique, lequel est perméable et dilaté, ainsi que les deux autres branches de la crosse aortique. La tumeur présente en avant un prolongement qui se continue avec l'aorte elle-même sans ligne de démarcation. Cette portion est très amincie dans le point qui correspond au deuxième espace intercostal. Depuis le point où elle commence à se dilater jusqu'au point où se termine la dilatation, l'aorte mesure 9 centimètres; en profondeur, 8 centimètres. Dans toute la portion qui constitue le trajet de l'aorte, on aperçoit encore des traces de la membrane interne, et sur la limite supérieure existent quelques plaques crétacées. La membrane interne a disparu dans la partie qui correspond au sternum, et les parois semblent constituées par des fibres cellulaires condensées. Dans l'aorte proprement dite, on trouve de la fibrine adhérente. La tumeur a contracté des adhérences avec la face interne des deux poumons, et principalement avec le gauche. Ce poumon est induré dans les trois quarts de son étendue; sa coupe est d'un gris sale et laisse suinter un liquide purulent; on dirait une pneumonie suppurée passant à la chronicité. Les bronches sont colorées par du sang d'un rouge foncé. Les valvules aortiques sont suffisantes. La partie inférieure de l'aorte est saine, sauf quelques plaques qui deviennent plus abondantes en allant vers les gros vaisseaux qui en naissent. Immédiatement au-dessus de la naissance de la bronche gauche existe sur la paroi latérale de la trachée une ulcération qui se prolonge sur la ligne médiane, de 1 centimètre 1/2 de long, irrégulièrement ovalaire, taillée comme avec un emporte-pièce et coïncidant avec un décollement de quelques millimètres vers la partie supérieure. Le point correspondant de la tumeur est très aminci.

Poumon droit sain. Oreillettes énormément dilatées. Foie très

congestionné, présentant un commencement de myristication; abaissé, et portant des traces de péritonite ancienne. Congestion générale du système veineux.

---

6. M. *Dieuzaide* montre un rein droit ayant subi une atrophie telle qu'on eut de la peine à le retrouver sur le cadavre. Les substances corticale et tubuleuse semblent avoir disparu, et il ne reste plus que la coque fibreuse de l'organe. En pratiquant l'insufflation par l'uretère, il est possible de faire reprendre au rein son volume primitif. Sur le cadavre du même individu, on trouva les parois de la vessie très hypertrophiées contenant deux calculs, l'un, le plus gros, mesurant 7 centimètres dans son diamètre longitudinal, 5 centimètres dans le transversal et 4 dans le vertical, se trouve dans la cavité de l'organe; l'autre, plus petit, du volume d'une grosse bille, est déjà engagé dans la portion prostatique de l'urèthre.

---

7. M. *Dolbeau* montre une tumeur du volume d'une noisette offrant à l'extérieur une coloration gris-rosé, à la coupe une couleur d'un blanc brillant. Cette tumeur, qu'il a enlevée à un jeune homme de vingt-sept ans, était située à l'entrée de l'anus; elle était dure, mobile, mais ne provoquait de douleur que lorsque l'on introduisait la canule de la seringue. A son niveau la muqueuse était un peu excoriée. L'opération fut des plus simples. L'examen microscopique démontra que l'élément prédominant de cette tumeur était l'élément fibro-cartilagineux, et l'on y rencontrait aussi des culs-de-sac glandulaires dans la proportion d'un quart. C'est un *enchondrome de la partie inférieure du rectum*, et ce siége est peu insolite pour de semblables tumeurs.

M. Dolbeau ne croit pas que cette tumeur soit développée dans les glandes de l'intestin; il a, du reste, à ce sujet consulté M. Robin, qui pense que ces éléments, d'apparence glandulaire, appartiennent à des tissus hétéradéniques, et que ces éléments sont de nouvelle formation.

M. *Verneuil* diffère un peu d'opinion avec M. Dolbeau. Il a observé des tumeurs glandulaires dans la région de l'extrémité infé-

rieure du rectum, et la plupart des polypes de cet intestin ne sont que des hypertrophies glandulaires. Il ne met pas en doute l'existence de l'enchondrome, il sait que ces sortes de tumeurs affectent assez fréquemment le système glandulaire, et qu'après le système osseux c'est la parotide, le testicule et la mamelle qui en sont le plus souvent le siége; elles peuvent, du reste, se développer dans toutes les régions du corps.

M. *Dolbeau* ne croit pas que l'élément glandulaire soit toujours le siége de l'enchondrome ; il est bien vrai que dans certains cas, par exemple dans les enchondromes de la parotide, le nerf facial a été lésé par l'ablation complète de ces tumeurs; mais dans d'autres, et particulièrement dans le fait de M. Gosselier, la totalité de la tumeur a pu être enlevée sans que la septième paire ait été intéressée. M. Paget, dans son livre, a, du reste, assigné comme siége assez fréquent de ces tumeurs le système ganglionnaire qui se trouve dans les environs et à l'intérieur de la parotide. M. Dolbeau termine en disant qu'il admettrait volontiers que ces tumeurs se développent en dehors des glandes.

M. *Verneuil* pense qu'un des lobules de la parotide, par exemple, peut être le siége d'enchondrome, et que, par suite de son développement pathologique, il agit comme une tumeur isolée et atrophie le reste de la glande.

---

8. M. *Bertholle* présente, au nom de M. Becquet, un ulcère simple de l'estomac sur lequel il remet la note suivante :

Le dimanche 15 janvier, madame X., âgée de vingt-sept ans, fut prise subitement, aussitôt après avoir bu une tasse de bouillon, de douleurs de ventre qui devinrent très promptement atroces; elle mourait le lendemain à deux heures de l'après-midi, vingt-quatre heures après le début des accidents. Cette dame jouissait d'une santé parfaite, se plaignant seulement de douleurs d'estomac qui étaient considérées par son médecin comme névralgiques. Pas de vomissements habituels; jamais de vomissements de sang.

On parla dans le public d'empoisonnement. L'autopsie fut pratiquée soixante-dix heures après la mort. Épanchement dans le pé-

ritoine d'un liquide très abondant, jaunâtre, répandant une forte odeur de matières fécales. Il est presque tout entier dans le bassin. A sa surface, on remarque des œils comme à la surface d'un bouillon gras ; pas de péritonite, une légère injection arborescente sur quelques anses intestinales au niveau du bord mésentérique. Sur la face postérieure de l'estomac, à deux travers de doigt de la section faite suivant la petite courbure, existe un ulcère simple avec perforation; le fond en est grisâtre, les bords très peu indurés. Pas d'autres lésions sur la muqueuse de l'estomac. Tous les autres organes sont parfaitement sains.

M. *Dufour* lit la note suivante :

Œuf abortif rendu par fausse couche spontanée. — Femme rachitique, âgée de trente ans, de très petite stature, blonde, avec déformation très marquée des membres inférieurs, ayant déjà eu un enfant venu à terme, qui a actuellement huit ans. Il y a trois ans, deuxième grossesse terminée par une fausse couche des premiers mois.

Ses règles ont paru pour la dernière fois du 12 au 14 octobre 1859 ; pendant les mois de novembre, décembre 1859 et janvier 1860, la malade se croit enceinte ; ses seins grossissent d'une manière non douteuse, seulement, pendant cette première période, elle accuse une sensation de pesanteur dans le ventre. Était-ce un indice de l'arrêt de développement du fœtus? Cette question reste au moins douteuse.

Le 12 janvier, après une course un peu fatigante qu'elle avait faite la veille, la malade ressent des douleurs utérines. Le 13, ces douleurs augmentent, et vers midi, après de violents maux de reins, un caillot du volume de la moitié du poing sort des parties génitales. Cessation des douleurs, hémorrhagie peu abondante. Je pus extraire ensuite une partie de caduque, sur laquelle on voit très manifestement les orifices pointillés des glandes utérines sous l'aspect que présente la peau du menton fraîchement rasée ; puis enfin l'œuf qui présente l'aspect de ce que plusieurs fois dans la Société on a désigné sous le nom d'œufs abortifs. Dans ces œufs, on ne retrouve plus trace de l'embryon; on suppose qu'il a été détruit et absorbé par suite d'arrêt de développement; mais dans ceux que

j'ai pu observer moi-même, ils se présentaient toujours ouverts, et si l'embryon ou quelques-uns de ses débris manquaient, on pouvait dire, sans qu'il fût possible de le nier, que l'embryon mou et pulpeux à cette époque de la vie intra-utérine avait très bien pu s'échapper de l'œuf rompu dans le moment de l'expulsion, et qu'il n'était pas étonnant de ne plus le retrouver. Pour l'œuf que je présente aujourd'hui à la Société, cette objection n'est plus possible, je l'ai retiré moi-même entier de l'orifice utérin et du vagin. La cavité de l'œuf était intacte, fermée par des membranes qui, dans un point, faisaient une petite hernie à travers les villosités choriales, et laissaient apercevoir un liquide gélatineux de couleur ambrée qui les distendait. J'ai ouvert l'œuf devant quelques membres de la Société, et, dans ce liquide albumineux, il n'a pas été possible de trouver le moindre débris d'embryon, et nos recherches ont été vaines pour voir les vestiges du cordon ou de son insertion aux parois de l'œuf.

Sur cet œuf abortif, il faut admettre ou que l'embryon a disparu par absorption, ou que primitivement il ne s'était pas développé, les autres parties de l'œuf ayant déjà subi un développement très avancé. Cette dernière hypothèse soulèverait une foule de questions du plus haut intérêt scientifique, mais que je ne veux et ne pourrais élucider ici : y aurait-il ou non possibilité de fécondation d'ovules ne renfermant pas de vésicule germinative ?

Comme autre particularité, cet œuf n'avait au moment de son expulsion que le volume d'une noix, et déjà il était évident qu'il était loin de répondre par son volume à l'époque de la grossesse, qui datait au moins de deux mois, et très probablement près de trois mois. L'arrêt de développement remontait donc déjà à une époque assez éloignée, et d'après le volume de l'œuf à la fin du premier mois ou au commencement du deuxième. On comprend dès lors l'absorption possible pendant le temps qui a suivi et qui a précédé l'expulsion naturelle. Cet œuf était hérissé de villosités choriales très apparentes, mais qui ne se développaient plus à l'état normal et pour servir au but de la génération. Déjà on pouvait y voir au microscope le début de cette métamorphose lente des villosités qui conduit à ces moles hydatiques énormes qui sont parfois expulsées pendant ou à la fin de la gestation. A propos d'un fait de ce genre présenté par M. Garnier, M. Campana, membre de la

Société, a émis dans les Bulletins de 1858 (p. 131) les considérations historiques et scientifiques qui se rapportent à ce point d'anatomie pathologique. Je ferai remarquer que les villosités choriales de l'œuf que je mets sous vos yeux présentaient déjà sous le champ du microscope des formes insolites; elles étaient pour la plupart renflées en massue, très irrégulières; cette disposition m'a semblé être un premier degré du passage insensible à la forme hydatique des auteurs. Ce fait d'observation n'est, d'ailleurs, pas nouveau et se trouve consigné dans l'ovologie de Bischoff (*Encycl. anat.*, trad. Jourd., p. 141). J'attirerai encore l'attention de la Société sur cette résistance, cette persistance de vie des vésicules choriales après la mort de l'embryon, et même longtemps après la fausse couche, dans l'œuf retenu en partie dans l'utérus, comme j'en ai montré un exemple l'an dernier à la Société. Ce caractère tout spécial au tissu chorial, joint à la facilité de constatation du fait au microscope à un très faible grossissement (savoir que l'on a affaire à des appendices en forme de villosités), peut servir dans certains cas cliniques ou dans certains cas médico-légaux, pour se prononcer si l'on a eu affaire ou non à un produit de conception.

M. *Blot* dit avoir observé un certain nombre de fois des faits analogues à celui de M. Dufour. Pour lui la question de savoir si ces œufs dépourvus d'embryons en ont d'abord conteuu ne paraît pas douteuse. Ces faits prouvent simplement que l'embryon peut disparaître par dissolution quand la mort a lieu à une époque très peu avancée de la grossesse. Cette opinion est basée sur deux raisons principales :

1° L'observation d'une série d'œufs dans lesquels on peut voir l'embryon à tous les degrés de cette dissolution;

2° L'indispensable nécessité de l'embryon pour comprendre avec les connaissances ovologiques actuelles le développement des membranes propres de l'œuf.

M. Blot fait remarquer en passant l'importance que présente, au point de vue médico-légal, la connaissance exacte de ces cas d'avortements dans lesquels le produit de conception n'est expulsé que plus ou moins longtemps après la mort de l'embryon (un mois, six semaines, deux mois, quelquefois davantage). On comprend, en

effet, que des doutes puissent s'élever dans ce cas sur l'âge réel de l'œuf expulsé.

Enfin, M. Blot ajoute en terminant qu'au point de vue clinique les avortements de cette espèce méritent aussi d'être soigneusement distingués de ceux qui, se faisant à la même époque de la grossesse, n'ont pas été précédés par la mort de l'embryon. Dans ces derniers, le danger le plus grand est constitué par l'hémorrhagie plus ou moins abondante qui les précède et les accompagne. Les premiers, au contraire, s'accomplissent sans que les femmes perdent une notable quantité de sang. La raison de ces différences se trouve si facilement dans la différence d'activité de la circulation utérine dans ces deux circonstances, qu'il est inutile d'y insister; il suffit de faire remarquer combien leur pronostic doit varier suivant les cas.

M. *Depaul* désirerait qu'on se servît d'un autre mot que du mot *œuf abortif;* il se demande si l'on doit désigner sous ce nom tout œuf voué fatalement à l'avortement. Il préférerait, dans ces cas, se servir d'une périphrase et dire, par exemple : œuf mort dans le sein de la mère, et dont l'âge n'est point en rapport avec l'époque présumée de la grossesse. Il pense, contrairement à l'opinion de M. Blot, que ces espèces de fausses couches sont parfois accompagnées de pertes assez abondantes.

A l'appui de cette opinion, M. Depaul présente dans la séance suivante :

1° Un œuf de deux mois et demi dans lequel le fœtus paraît être mort depuis douze jours. La femme qui a rendu cet œuf a été prise avant son expulsion d'une perte assez considérable.

2° Deux œufs sans embryon dont l'expulsion a été accompagnée d'une hémorrhagie assez forte pour avoir nécessité l'emploi du seigle ergoté.

M. *Dufour* se défend d'avoir inventé le mot œuf abortif, et plusieurs fois, dit-il, dans notre Société cette dénomination a été employée pour caractériser des faits analogues.

M. *Fritz* présente :

1°. A. Une *dilatation simple de l'aorte ascendante* prise sur un

homme de cinquante-huit ans. L'ectasie porte également sur tous les points de l'aorte ascendante, qui forme un sac de la forme et du volume d'un œuf d'oie, et dont les parois sont amincies et indurées. La face interne de la poche, qui ne contient pas de caillots, est hérissée de plaques calcaires et présente, en outre, des ulcérations très étendues de la membrane interne. Une légère couche fibrineuse recouvre quelques-unes de ces ulcérations. Les valvules aortiques sont insuffisantes par l'effet combiné de la dilatation de l'origine de l'artère et d'une induration avec épaississement et ratatinement de la valvule postérieure.

---

11. B. Un *anévrysme de l'aorte ascendante*, découvert à l'autopsie d'un homme de soixante-cinq ans, mort d'une infiltration tuberculeuse, avec hépatisation grise de tout le poumon gauche. Le sac, qui a le volume d'un fort poing, s'est développé sur le côté postérieur et gauche de l'aorte ascendante, et s'est dirigé obliquement, dans cette direction, dans le médiastin postérieur, sans comprimer aucun organe important.

La dilatation commence immédiatement au-dessus de l'orifice aortique, qui est lui-même considérablement élargi. Les valvules aortiques sont suffisantes et très volumineuses.

La surface de l'anévrysme est inégale, bosselée, et ces bosselures correspondent à autant d'arrière-cavités sus-ajoutées à la poche principale. Ainsi, la paroi postérieure du sac présente, à 2 centimètres au-dessus des valvules aortiques, une dépression au niveau de laquelle les tuniques artérielles sont amincies, infiltrées, et présentent une ulcération grande comme une pièce de 1 franc ; les parois amincies sont renforcées sur ce point par une couche fibrineuse extrêmement résistante.

L'ouverture par laquelle la poche principale communique avec l'aorte ascendante mesure 6 centimètres verticalement et 9 centimètres transversalement. L'anévrysme est presque rempli par des caillots actifs très résistants et décolorés, et par quelques gros caillots passifs. Ses parois sont généralement très minces, mesurant à peine 3 à 4 millimètres.

---

12. C. Un autre *anévrysme de l'aorte* et plusieurs pièces prises sur un sujet mort le 30 janvier dans le service de M. Aran.

Cet homme, nommé Brotin (Charles-Alexandre), âgé de trente-cinq ans, charretier, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 26 janvier. D'une constitution primitivement forte et robuste, ayant fait quelques excès de vin, d'une bonne santé habituelle, affecté depuis deux ans d'une toux sèche, mais n'ayant jamais craché de sang, il disait qu'il avait été pris au mois d'août 1859, sans cause connue, de palpitations de cœur, et, quelques heures après, d'une oppression à la région précordiale, gênant beaucoup la respiration, comme le ferait un poids placé sur la partie inférieure du sternum. Les jours suivants, point de côté sous les fausses côtes droites en avant, passant ensuite sous les fausses côtes gauches en dehors.

Trois jours après, on reconnut un épanchement pleurétique à gauche. Au bout de quinze jours de traitement, se trouvant bien, il sortit : retour des étouffements; soulagement par quelques applications de vésicatoires. Quelque œdème des extrémités et de la face lors du début des accidents, œdème qui revenait encore le soir au mois de décembre, époque à laquelle le malade alla à la campagne. Il resta dans le même état à peu près jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Le 27 janvier, on constate : un peu d'œdème des extrémités et de la face, qui est décolorée; dilatation des veines du cou et de quelques veines de la face antérieure de la poitrine, principalement à la partie supérieure du sternum; 30 respirations, 96 à 100 pulsations; langue humide, soif, pas d'appétit, bouche mauvaise, garderobes régulières; foie très notablement abaissé. Pendant la respiration, le côté gauche de la poitrine reste immobile dans ses trois quarts inférieurs et se dilate seulement supérieurement; espaces intercostaux effacés. Sonorité tympanique sous la clavicule gauche, occupant un espace triangulaire limité inférieurement par une ligne qui, partant de l'extrémité externe de la clavicule, irait aboutir au sternum, vers le deuxième espace intercostal; en dehors et au-dessous de cette ligne, matité absolue; le cœur n'est pas déplacé, car la matité ne dépasse pas la ligne synchondro-sternale droite ; battements du cœur extrêmement faibles; les deux bruits, qui s'entendent surtout à l'épigastre, exactement semblables l'un à l'autre. Circonférence de la poitrine plus ample

de 2 centimètres à gauche qu'à droite; égophonie modèle au niveau de la matité en avant. En arrière, la matité commence à peu près au milieu de la hauteur de la gouttière vertébrale; sa limite supérieure affecte la forme d'une ligne courbe qui passerait à deux travers de doigt au-dessous de l'épine en s'élevant, puis s'abaisserait pour passer à la base de l'aisselle, et s'amincirait de là pour atteindre les cartilages costaux au niveau de la ligne verticale du mamelon. Au niveau de la matité postérieure, on retrouve tous les signes qui caractérisent un épanchement pleurétique considérable.

La thoracentèse faite, séance tenante, dans le huitième espace intercostal donne issue à 2 litres 1/4 d'un liquide séro-sanguinolent, dans lequel des caillots mous se formèrent assez rapidement, et qui mesurait 10 degrés à l'aréomètre. Après l'évacuation du liquide, on constata que la sonorité et la respiration s'étaient en grande partie rétablies en arrière, et que le foie, d'abord abaissé, s'était sensiblement relevé. Le malade éprouva un soulagement immédiat, accompagné seulement d'une certaine faiblesse, et passa une bonne nuit.

Mais dans la matinée du 28, il éprouva tout à coup une grande difficulté à s'énoncer, et perdit ensuite presque complétement la parole. A la visite du matin, on le trouva tranquillement occupé à uriner dans son lit, fermant de temps en temps et involontairement les yeux, assoupi, répondant *non* à toutes les questions, la sensibilité très émoussée, le pouls misérable, à 96-100; en outre, hémiplégie de tout le côté droit, la face comprise. Ces symptômes continuèrent à se prononcer de plus en plus jusqu'à la mort du malade, le 30 janvier. Les préparations de quinquina, données dans la crainte d'un accès pernicieux, les révulsifs énergiques, n'avaient été d'aucune utilité pour enrayer les accidents.

Autopsie. — Épanchement de 2 litres de sérosité sanguinolente dans la plèvre gauche et d'un verre environ d'un liquide semblable dans le péricarde; ces deux séreuses sont le siége d'une congestion extrêmement intense et d'un grand nombre de petits points ecchymotiques. Le cul-de-sac supérieur du péricarde est refoulé par une tumeur anévrysmale de l'aorte, dont la partie culminante supérieure est logée dans une fossette du diamètre d'une pièce de 5 francs, profonde de 6 millimètres, creusée exactement au centre

de la première pièce du sternum ; dans ce point, le tissu compacte a complétement disparu sous le périoste, qui remplace à ce niveau les parois artérielles.

L'anévrysme, qui occupe les deux premières parties de la crosse de l'aorte, a le volume d'un poing ; ses parois sont presque partout très minces, mais ne présentent aucune solution de continuité et se trouvent revêtues par des couches épaisses de caillots actifs, qui sont recouverts eux-mêmes de caillots passifs assez abondants. Les valvules aortiques sont parfaitement suffisantes, l'aorte thoracique présente des plaques athéromateuses assez nombreuses. Le cœur, généralement hypertrophié, est décoloré, et sa substance musculaire est très molle ; l'œsophage et la trachée ne sont pas comprimés. Les artères sous-clavières, les vertébrales et le tronc brachio-céphalique sont libres.

La carotide primitive droite est oblitérée dans toute sa longueur par des caillots, très anciens et résistants au niveau de son origine, plus mous, noirs à son milieu, plus consistants et plus volumineux au niveau de sa bifurcation ; cette oblitération s'étend aux deux branches de la carotide primitive droite.

L'origine de la carotide primitive gauche est froncée par suite de la dégénérescence des parois de l'aorte ; elle a au plus, dans ce point, le diamètre d'une plume de corbeau. Le reste de l'artère est oblitéré par des caillots noirâtres, plus récents que ceux du côté droit, prolongés dans la carotide externe et dans toute la longueur de la carotide interne, dans l'artère sylvienne gauche et dans la plupart de ses branches et rameaux. Les autres artères du cerveau sont perméables.

La masse cérébrale paraît volumineuse et fait hernie en dehors de la dure-mère incisée. Ramollissement très étendu de l'hémisphère cérébral gauche dans les parties qui reçoivent les branches (oblitérées) de l'artère sylvienne ; la substance ramollie est blanchâtre et nullement injectée ; elle paraît un peu plus humide qu'à l'état normal.

Les troncs veineux du cou sont fortement comprimés par l'anévrysme au niveau du détroit supérieur de la poitrine, et notablement dilatés au-dessus. Le système veineux est, d'ailleurs, généralement congestionné, surtout dans les reins et dans le foie, qui présente un commencement de myrisfication.

L'intérêt de ce fait, indépendamment de la situation exceptionnelle de l'anévrysme exactement sur la ligne médiane, est surtout : 1° d'une part dans le caractère hémorrhagique des inflammations de la plèvre et du péricarde, particularité qui doit peut-être être expliquée par la gêne circulatoire occasionnée par la tumeur anévrysmale ; 2° d'une autre part dans le ramollissement cérébral, qui n'est évidemment qu'une conséquence de l'oblitération artérielle. La thoracentèse a-t-elle été complétement étrangère à la production de ce nouvel accident ? C'est ce qu'il est difficile de décider. En tenant compte cependant du temps très court qui s'est passé entre cette opération et l'apparition des accidents cérébraux, on se demande si le déplacement, que l'anévrysme a dû éprouver par suite de l'évacuation du liquide contenu dans la plèvre, n'a pas eu pour résultat de rendre complète l'obstruction de la carotide primitive gauche, déjà notablement rétrécie, et favoriser ainsi la coagulation du sang dans cette artère. Il est dans tous les cas remarquable que cette coagulation se soit étendue si loin sans que, d'ailleurs, on puisse l'expliquer par une artérite dont il n'existait aucune trace. La compression des troncs veineux innominés, en ralentissant la circulation de la tête, n'a probablement pas été étrangère à la formation des caillots.

---

13. M. *Proust* montre *un cancer encéphaloïde des os du bassin* qui a envahi la région sacrée de la colonne vertébrale, détruit l'os des iles, la tubérosité de l'ischion et qui a respecté les organes viscéraux.

La malade, âgée de quarante-neuf ans, fait remonter à quatre ans le début de son affection, qui prit dès le début les allures d'une névralgie sciatique. Arrivée à l'hôpital Lariboisière dans le dernier degré du marasme, on se borna à constater les symptômes suivants : déformation considérable de la hanche droite, mouvements anormaux de la tête du fémur s'accompagnant de craquements et produisant des douleurs très vives. L'autopsie permit de constater les lésions suivantes : une tumeur plus grosse qu'une tête de fœtus et un peu allongée remplissait la fosse iliaque et repoussait à gauche les organes pelviens. A sa surface, les branches du plexus lombaire, et en particulier les deuxième, troisième et quatrième, qui

sont les origines du nerf crural, étaient soulevées et étalées. Un examen attentif ne nous a pas permis de constater sur ce nerf des traces de dégénérescence. Au-dessous de ces branches nerveuses étaient les muscles psoas et iliaque repoussés comme elles, et qui formaient la paroi antérieure de cette tumeur. Celle-ci contenait à peu près 250 grammes de liquide jaune citrin. La poche, dans laquelle il se trouvait, présentait de nombreuses anfractuosités, et ses parties les plus profondes allaient s'implanter sur le sacrum. La tubérosité de l'ischion, les branches du pubis étaient transformées en une masse dans laquelle on retrouvait quelques traces de fibres musculaires. Du côté de la symphyse, le tissu osseux n'était pas complétement détruit, et le doigt sentait après la section une surface terreuse. Le tissu morbide s'étendait en arrière sous forme de prolongements autour des nerfs sciatiques et entre les muscles de la région fessière. L'os iliaque était perforé à la partie médiane, la cavité cotyloïde avait complétement disparu, et la tête du fémur venait faire saillie dans l'intérieur du bassin. La synoviale articulaire était conservée et avait pour ainsi dire protégé l'extrémité fémorale. Son cartilage était un peu violacé, mais il ne nous a point paru dépoli.

Le tissu malade que nous venons de signaler se retrouvait dans le tissu spongieux des vertèbres lombaires et sacrées.

L'état de putréfaction avancée de cette pièce ne nous a pas permis d'en faire l'examen au microscope ; mais l'aspect du tissu morbide nous porte à croire que nous avions là du tissu encéphaloïde.

---

14. M. *Warenghen* présente le cœur et le péricarde d'un homme qui se fit volontairement une *plaie à la région précordiale* avec un large couteau de boucher.

L'instrument pénétra dans le quatrième espace intercostal, en dedans du mamelon gauche.

Lorsque l'individu entra à l'hôpital, chaque respiration s'accompagnait d'un sifflement particulier, il y avait issue d'air par la plaie, sans que la percussion ni l'auscultation permissent de constater un épanchement de liquide ou d'air dans la poitrine. On constata de la même manière qu'il n'y avait pas de lésion du poumon.

Il y avait un frottement péricardique très manifeste, une saignée pratiquée amena du soulagement.

Le lendemain on constatait une diminution dans le bruit de frottement, mais une oppression et une anxiété considérables se manifestèrent; puis les bruits du cœur devinrent plus profonds, il y avait de la matité à la région du cœur, le pouls petit, régulier et déprimé, battait 60 pulsations. Des ventouses furent appliquées, une saignée fut faite.

Le soir de ce jour, la plaie s'ouvrit et donna issue à 400 grammes d'un liquide transparent légèrement citrin. Le malade fut de nouveau soulagé; mais cette amélioration fut de courte durée, car le lendemain il éprouvait une vive douleur derrière le sternum, les battements du cœur étaient réguliers, superficiels; pouls à 120. Au bout de quelque temps, les signes d'asphyxie cessèrent, et cinq ou six jours se passèrent sans qu'il y eût rien de particulier à noter, si ce n'est la sérosité sortant toujours par la plaie.

Un matin le malade se plaignit de douleurs dans le bras droit, puis dans l'autre, enfin d'engourdissement avec picotement dans les deux membres qui s'étaient tuméfiés.

On fit dans la plaie une injection, mais à peine 100 grammes de liquide purent-ils pénétrer. Le liquide était projeté au dehors avec force.

Le malade mourut dans la soirée.

L'*autopsie* montra que le couteau avait rasé le cartilage costal au niveau de son articulation avec la côte. On constata les altérations de la péricardite, et que cette poche, dans laquelle on avait fait des injections, était petite, circonscrite par les adhérences des deux feuillets du péricarde.

Le péricarde portait les traces de la plaie faite par l'instrument; c'est une section transversale de 2 à 3 centimètres d'étendue.

Le cœur n'a pas été atteint par le couteau. Ses cavités sont saines, il y a quelques caillots peu adhérents dans les ventricules.

Légère pleurésie à la base du côté gauche.

Les deux bras sont très tuméfiés, le droit renferme çà et là des traces évidentes d'inflammation. Il y a quelques caillots dans les gros vaisseaux veineux.

M. *Verneuil*, qui a eu l'occasion de voir ce malade placé dans

son service, fait observer qu'il est assez curieux de rencontrer les battements du cœur et le pouls aussi réguliers dans une péricardite, et que dans un cas comme celui-ci, il est rare de voir une péricardite aussi bénigne et n'allant pas jusqu'à la suppuration. Il insiste en terminant sur le sifflement qui se produisait à l'entrée de la plaie et sur la quantité d'air qui paraissait pénétrer dans la poche, bien que celle-ci fût très petite; puis il se demande comment la plaie du péricarde se trouve être sensiblement de la même largeur que la blessure extérieure; enfin, il ne s'explique pas le phlegmon diffus des deux bras.

M. *Warenghen* pense que la plaie du péricarde apu être primitivement moindre que la plaie extérieure, et qu'elle ne s'est agrandie que consécutivement par les efforts de toux et le rejet du liquide.

---

15. M. *Royer* fait voir une hernie inguinale externe étranglée; il donne sur le fait les renseignements suivants : un homme âgé de trente et un ans entra dans le service de M. Pucho, à l'hôpital du Midi, pour se faire traiter d'accidents syphilitiques secondaires. Il portait depuis l'âge de quinze ans une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie, généralement assez mal contenue, sortait parfois; mais la réduction en a toujours été facile. Le 22 décembre 1859, au soir, quelques coliques se font sentir; le 23, on constate tous les signes d'un étranglement, et le 24, vers quatre heures du soir, M. Cullerier opère le malade. Une incision de 6 à 7 centimètres d'étendue est faite sur la tumeur, dans la direction du pli de l'aine. Le tissu cellulo-adipeux a une épaisseur d'environ 5 à 6 centimètres, ce qui, rendant la plaie profonde, force à agrandir l'incision extérieure. On arrive enfin sur le sac, que l'on isole parfaitement des parties environnantes; il est tendu et peu épais en avant; son ouverture donne issue à 100 grammes de sérosité. Le doigt, porté au fond, ne rencontre aucune anse intestinale. Le malade se dit soulagé, on croit à une réduction spontanée de la hernie, aucun débridement n'est pratiqué, et le malade est reporté à son lit. Les accidents continuèrent et le malade mourut le lendemain de l'opération, à dix heures du matin.

Autopsie. — Aucune trace de péritonite. L'orifice interne du canal inguinal est large comme une pièce de 2 francs; très régulièrement circulaire, il offre une circonférence épaissie, comme fibreuse. Une anse de la dernière portion de l'intestin grêle y est engagée; mais on ne peut l'en retirer par des tractions même assez fortes. En examinant les parties par l'incision extérieure, on trouve au fond du sac une anse complète d'intestin grêle, rougeâtre, sans trace de gangrène, mais offrant quelques adhérences filamenteuses. En tirant sur le sac assez fortement, on ne parvient pas à le faire céder; il est retenu en haut près de l'étranglement par des adhérences assez puissantes.

M. *Royer* termine en faisant remarquer que l'épaisseur des parties molles fut le principal obstacle dans l'opération, et qu'elle peut rendre compte, jusqu'à un certain point, de l'insuccès du taxis, puisque l'on n'agissait sur l'intestin hernié que d'une façon très indirecte, c'est-à-dire à travers beaucoup de tissus.

M. *Dolbeau* regrette que le présentateur ait omis de parler de l'état de l'intestin hernié, ainsi que des enveloppes de la hernie. Un étranglement par le collet du sac, ajoute-t-il, quoi de plus simple? Et cependant l'opération a été inachevée. Faut-il croire, avec M. Royer, que les causes de ce malheur tiennent à l'épaisseur considérable du tissu adipeux sous-cutané? J'accorde que là était une difficulté; mais je n'hésite pas à dire que cette particularité est insuffisante pour tout expliquer. Le développement du tissu adipeux exige une incision longue; mais, dans tous les cas, il faut faire cette incision dans la direction du canal inguinal, et non parallèlement au pli de l'aine, comme cela a été fait dans ce cas. Aussi, l'incision n'a pas été assez longue, et sa direction était peu favorable.

Mais supposons qu'il en ait été autrement; voici le sac ouvert, on ne trouve pas d'intestin. Ici se présente une véritable difficulté; il faut que le chirurgien la résolve immédiatement. Plusieurs hypothèses peuvent se présenter : 1° l'obstacle au cours des matières fécales n'est pas dans la hernie, il y a un étranglement interne coexistant avec une hernie; 2° l'étranglement a lieu par le collet du sac dans un point placé très haut vers la cavité abdominale.

1° L'obstacle au cours des matières n'est pas dans la hernie.

Dans ce cas, il est assez facile de voir que l'intestin peut rentrer librement, ou bien, si la réduction existe, on constate aisément que le canal de sortie est parfaitement libre. Dans le fait actuel, après l'ouverture du sac, il s'est écoulé une notable quantité de sérosité. Ce signe me paraît être d'une grande valeur, il indique qu'il y a dans la région un étranglement. Sans un obstacle réel, on aurait réduit cet épanchement pendant les tentatives de taxis. La sérosité doit résulter d'un certain degré de péritonite herniaire. Enfin, on rencontre dans la science un certain nombre d'observations qui nous démontrent la valeur diagnostique de ce signe. Par exemple, dans la clinique de Dupuytren, il est question de ces cas embarrassants dans lesquels on trouve deux ou trois tumeurs herniaires. A l'occasion des accidents de l'étranglement, Dupuytren fit plusieurs fois l'opération des deux côtés; mais, dans tous les cas, il insistait sur la valeur de l'épanchement comme signe indiquant que le chirurgien opère du bon côté. On trouve même deux observations, où, basé sur ce signe, il incisa le canal inguinal dans toute son étendue, jusqu'à ce qu'il eût levé l'étranglement.

Ainsi, par cela même que l'ouverture du sac avait laissé écouler 100 grammes de liquide, nous pensons qu'on devait croire à un étranglement, et par conséquent chercher l'obstacle jusque dans le ventre.

J'aborde le deuxième point. Il y a étranglement herniaire, le sac est ouvert, l'intestin n'apparaît pas, quelle est la conduite à tenir? La plaie bien essuyée, il faut, dans ces cas-là, imiter la conduite de Dupuytren et de Sanson, saisir le sac avec des pinces et faire descendre le collet au moyen de tractions bien exécutées. Cette manière est généralement facile à exécuter, elle est basée sur le peu d'adhérences qui existent ordinairement entre la partie supérieure du sac et les tissus environnants. Cet abaissement du collet du sac permet de l'amener au dehors; aussi le débridement peut-il s'opérer à découvert et en dehors de tous rapports avec les vaisseaux. M. Nélaton procède toujours ainsi; dans deux cas nous nous sommes nous-même bien trouvé d'une pareille manœuvre.

Vous savez cependant combien on a discuté sur la réalité de ces adhérences du sac avec les autres enveloppes? La réduction des hernies en masse avec le sac prouve contre toute évidence que ces adhérences peuvent manquer; mais dans les cas où ces adhérences

existent, on peut néanmoins abaisser le collet, car, dans ce cas, la locomotion se fait au dépend des parties situées au-dessus du sac. Sur la pièce de M. Royer, les adhérences entre le sac et ces parties voisines étaient assez faibles ; nous croyons que la locomotion du sac eût été chose possible, et cela malgré l'assertion contraire du présentateur. Du reste, M. Royer n'a formulé son opinion que tardivement, et comme une sorte de palliatif de l'accident qui nous occupe.

Cependant il faut tout admettre en pratique. J'accorderai qu'on n'ait pas pu abaisser l'étranglement, fallait-il laisser le malade et croire à une réduction opérée au moment de l'opération? Ici vous partagerez tous mon opinion : il fallait s'assurer du fait et voir si tout le trajet herniaire était libre avant de se déclarer peu satisfait. Dans le cas actuel, en prolongeant l'incision, on eût certainement levé l'étranglement. Je rappellerai un fait récent appartenant à la pratique de M. Richet. Un malade présentant les signes d'un étranglement est apporté dans le service de notre savant confrère. En ville on avait fait des tentatives de taxis qui n'avaient pas amené de rémission dans les symptômes. Que fait M. Richet? il opère. Il ne trouve rien, il fend le canal inguinal, et ce n'est que lorsqu'il est dans la cavité abdominale, lorsqu'il a sous les yeux des anses intestinales, qu'il renonce à lever l'obstacle au cours des matières. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une réduction en masse d'une hernie du cæcum, qui avait été refoulée jusque dans la fosse iliaque gauche. Supposez le chirurgien assez hardi, et le malade de M. Royer avait grande chance pour guérir. Vous le voyez, à l'occasion d'un fait simple en apparence, et faute d'une détermination suffisante, un jeune homme a été abandonné aux ressources de la nature, et encore une fois vous pouvez constater ce que peut la bienfaisante intervention de l'art quand l'opérateur est appelé à temps.

TUMEUR CANCÉREUSE DE L'INTESTIN GRÊLE, DU MÉSENTÈRE ET DU GRAND ÉPIPLOON. PÉRITONITE CONSÉCUTIVE. MORT. AUTOPSIE. Par M. DESCROIZILLES, interne des hôpitaux.

Le nommé Zinder (Hubert), âgé de quarante-quatre ans, garçon maçon, est entré le 28 décembre 1859 dans le service de M. Barth, à l'Hôtel-Dieu, salle de l'Ange-Gardien, n° 9.

C'est un homme de taille moyenne, de constitution robuste, lymphatico-sanguine. Né dans le département de la Moselle, à la campagne, il a vécu dans son pays jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans et s'y est toujours bien porté. La seule maladie sérieuse qu'il ait faite est une pneumonie qu'il a contractée vers l'âge de vingt trois ou vingt-quatre ans. Il y a près de vingt ans qu'il s'est fixé à Paris. Sa santé est d'abord restée satisfaisante. Sa vie était assez bien réglée ; il était passablement nourri et logé, et les travaux qu'il avait à faire ne le fatiguaient pas outre mesure. En 1848, au moment de l'émeute de juin, il fut atteint par une balle qui vint rencontrer l'os iliaque du côté droit et sortit après avoir glissé le long de la lèvre externe de son bord supérieur sans pénétrer dans la cavité abdominale. Jamais, du reste, il ne s'est ressenti de cette blessure dont les deux cicatrices sont encore apparentes aujourd'hui, mais qui a guéri fort rapidement. Depuis sept ou huit ans il s'enrhumait avec facilité, et ses rhumes traînaient toujours en longueur, sa respiration était un peu courte, des palpitations avaient lieu chaque fois qu'il courait ou montait un escalier avec précipitation. Il y a trois ans, une seconde pneumonie l'amena à l'Hôtel-Dieu et il y resta trois semaines. Il avait gardé de cette affection une susceptibilité très prononcée des organes thoraciques, et pendant ces trois dernières années, il n'avait jamais cessé de tousser et de cracher, mais jamais il n'avait eu d'hémoptysie. En définitive sa santé s'était maintenue assez bonne, son appétit ne diminuait pas, ses forces restaient les mêmes ; il n'avait pas maigri ; assez fréquemment, et le fait est bon à noter, il éprouvait quelques légères douleurs d'entrailles ; un peu de diarrhée ou de la constipation pendant quelques jours, mais ces indispositions ne l'obligeaient pas à interrompre son travail. C'est vers les premiers jours de décembre, deux semaines environ avant son entrée à l'hôpital, qu'il a commencé à éprouver un malaise véritable, malaise qui

consistait en douleurs vagues dans les parois abdominales avec difficulté d'aller à la selle et perte à peu près complète de l'appétit ; les forces diminuaient rapidement et vers le 20 décembre le malade se voyait forcé de cesser toute occupation fatigante. Peu de jours après, souffrant toujours de coliques avec constipation, dureté en même temps que ballonnement de l'abdomen, il se décida à suivre un traitement sérieux et se présenta à l'Hôtel-Dieu.

On crut d'abord avoir affaire à de simples douleurs musculaires. Comme la sensibilité et la roideur de la paroi abdominale étaient les symptômes dominants, comme le malade était sans fièvre, qu'il ne présentait pas d'amaigrissement, qu'il n'avait rien en un mot qui pût indiquer un état général, on pouvait admettre à la rigueur une simple affection rhumatismale, survenue sous l'influence d'un refroidissement et entretenue par l'absence de soins et un travail forcé pendant quelques jours.

Le 30 et le 31 décembre, même état ; seulement le ventre devenant évidemment de plus en plus tendu et douloureux, il n'y avait pas eu d'évacuations. Jusqu'à présent on s'était borné à l'application de cataplasmes de graine de lin qui ne produisaient pas de soulagement notable.

Le 1er janvier 1860, on trouve un peu plus d'accélération du pouls que les jours précédents (75 puls.). La peau est sèche, un peu terreuse ; température normale ; la face est pâle, un peu grippée, le front brûlant. La langue est nette mais un peu collante. Ballonnement du ventre ; le foie, la rate, semblent avoir leur volume normal ; il n'y a pas de fluctuation ; le son est partout légèrement obscur. Pression sur le ventre très douloureuse, rénitence assez marquée à l'ombilic et dans les points environnants. Le malade n'a pas eu d'évacuation depuis quatre jours ; l'appétit est très faible. On constate en outre de la toux et des crachats de bronchite, mais l'examen du thorax n'indique rien d'anormal. P. Gomme sucrée ; pilule d'extrait thébaïque pour le soir ; lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale, une portion.

Le 2 janvier, pouls comme hier entre 75 et 80. Face plus altérée que les jours précédents ; température élevée ; langue sèche ; mouvements respiratoires un peu accélérés ; matité légère au sommet gauche et en arrière ; bruit respiratoire légèrement exagéré et dont les deux temps semblent à peu près égaux. A l'abdo-

men, tension et sensibilité encore plus prononcées qu'hier, toujours de la constipation. P. Huile de ricin, 30 grammes.

Le 3, même état. Pouls 72, petit et dur mais régulier; face toujours abattue exprimant la souffrance. Le ventre se ballonne de plus en plus ; sa circonférence est de 95 centimètres ; et il est bon de remarquer que ce ballonnement a augmenté, bien que le purgatif ait produit plusieurs évacuations. Même état du côté du thorax.

Le 4, l'état général se dessine de plus en plus. L'abdomen est encore plus dur et plus douloureux que les jours précédents, et la masse pâteuse qu'on avait déjà trouvée par la palpation au niveau de l'épigastre et de l'ombilic se limite avec plus de facilité que pendant les premiers jours. Le malade tousse toujours ; ses crachats sont abondants, mais ils n'ont rien de caractéristique. On trouve toujours un bruit exagéré avec expiration prolongée aux deux sommets, et le malade respire avec peine. Pouls à 90, petit et dur ; peau sèche et brûlante ; face très amaigrie et très abattue. Pas de sommeil pendant la nuit. Devant cet ensemble de signes aussi graves, on ne peut méconnaître une péritonite avec épanchement assez abondant dans la cavité péritonéale. Quant à la cause de l'affection, plusieurs hypothèses peuvent être admises. Rien n'empêche de songer à une tumeur du grand épiploon de nature cancéreuse ou tuberculeuse. On peut penser aussi que l'affection s'est étendue à une plus ou moins grande partie de la masse intestinale et des replis péritonéaux. D'après l'âge du malade, d'après les quelques phénomènes qui existent du côté du thorax, bien que ces phénomènes soient très peu développés, il semble probable que l'altération primitive est plutôt tuberculeuse que cancéreuse. Quoi qu'il en soit, le malade semble voué à une mort très prochaine.

Le 5, même état que la veille. La circonférence de l'abdomen est de plus de 100 centimètres. L'aggravation continue sur tous les points. Le malade est condamné à une immobilité absolue.

Le 6, douleurs violentes existant dans toute l'étendue de la paroi abdominale. La pression la plus légère ne peut être supportée. Hoquets, nausées ; pas de vomissements. Constipation opiniâtre. Mêmes signes du côté des voies respiratoires. La dyspnée s'accroît visiblement. Cataplasmes laudanisés. Julep avec sirop de mor-

phine, 30 grammes. Le malade ne peut plus avaler que quelques cuillerées de bouillon.

Le 7, abdomen aussi sensible que les jours précédents, de plus en plus dur. Face grippée au dernier degré ; extrémités froides. La toux continue et les signes d'auscultation ne varient pas. 45 pulsations à la minute. Pouls petit et faible à 110. Cataplasmes avec poudre de ciguë.

Le 8, même état. Hoquets nombreux. Voix éteinte. Respiration haletante. Bruits du cœur normaux. On continue sans résultat les cataplasmes saupoudrés de ciguë.

Le 9, pouls à 105, misérable. La dyspnée ne cesse d'augmenter depuis quatre jours. Abaissement de température aux extrémités contrastant avec la chaleur qui existe à la paroi abdominale.

Le 10, même état. La circonférence de l'abdomen atteint près de 110 centimètres. Depuis deux jours on a tenté les frictions mercurielles qui n'ont déterminé aucun soulagement.

Le 11, rien de nouveau depuis hier. La sensibilité de l'abdomen augmente chaque jour. Aujourd'hui, large vésicatoire volant au-dessous du foie.

Le 12, tension de la paroi abdominale poussée à ses dernières limites. Matité considérable dans les parties déclives. Pouls presque imperceptible au-dessus de 100. Un peu de cyanose de la face. On ne peut plus soulever le malade pour l'ausculter.

Le 13, face violacée comme hier, un peu de subdélirium dans l'après-midi. Le soir pouls misérable, face et extrémités couvertes d'une sueur visqueuse. Battements du cœur tumultueux. Abaissement général de température.

Mort dans la nuit du 13 au 14.

L'autopsie est faite trente heures après la mort. Le cadavre présente un état d'amaigrissement considérable à la face, au thorax et sur les membres. L'abdomen seul est régulièrement développé et sa circonférence est de 110 centimètres environ. La paroi est lisse, uniformément tendue ; les veines sous-cutanées ne sont point anormalement développées. Les parties déclives sont mates à la percussion et la matité s'étend jusqu'à une petite distance de l'ombilic.

On peut par la palpation déterminer très aisément la présence de la masse résistante qu'on avait déjà trouvée pendant la vie. Après l'ouverture, six à sept litres de liquide transparent, séreux,

s'échappent de la cavité abdominale. L'épiploon apparaît formant un corps résistant qui, par plusieurs brides déjà solides, adhère à la paroi, principalement au niveau de l'ombilic. Sur les autres points des brides nombreuses unissent les anses intestinales, soit entre elles, soit avec les parois de la cavité. L'intestin a dans son ensemble une teinte d'un gris noirâtre, type de l'inflammation ancienne ; on trouve à la surface péritonéale quelques granulations hémisphériques, qui rappellent l'altération que l'on rencontre dans la péritonite tuberculeuse. Mais le tubercule, bien qu'on puisse admettre son existence, ne paraît pas être dans ce cas la lésion principale. Le grand épiploon est le point qui attire surtout l'attention ; la couleur, la consistance qui existent à sa surface donnent l'idée d'une accumulation considérable de tissu graisseux dans l'épaisseur de ce repli ; et il faut dire qu'on observe la même chose sur les différentes parties du mésocôlon. Mais un examen plus attentif révèle une altération plus grave. En pratiquant des coupes verticales d'avant en arrière sur cette masse qui semble avoir près de 3 centimètres d'épaisseur, on découvre un tissu homogène, d'un blanc un peu rosé, se ramollissant par une pression légère et laissant suinter une petite quantité de liquide. En un mot, on a sous les yeux tous les traits caractéristiques de l'encéphaloïde. La masse intestinale est alors enlevée tout entière. M. Barth, en examinant la pièce avec attention, déclare qu'il y a bien un cancer du grand épiploon, mais que ce cancer n'existe presque jamais sans une altération semblable d'un organe quelconque de la cavité abdominale, altération qui pour lui est, dans l'immense majorité des cas, le point de départ. En effet, en soulevant la masse épiploïque, on arrive sur une autre masse de même consistance et de même aspect, masse très probablement située dans l'épaisseur du mésentère et au milieu de laquelle se trouve, suivant toute apparence, la portion de l'intestin primitivement altérée.

Elle a une longueur de 12 à 15 centimètres, et correspond à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle. L'estomac est sain, il en est de même de l'intestin grêle jusqu'à la portion épaissie. En arrivant à ce point on trouve d'abord une diminution notable de calibre, puis, après ce rétrécissement qui n'a pas plus d'un centimètre de longueur, on trouve une cavité légèrement dilatée, une sorte de cloaque dans lequel la muqueuse

épaissie, mais violacée, ramollie, comme macérée, se laisse déchirer et enlever par lambeaux, et à l'extrémité inférieure duquel existe un rétrécissement semblable à celui qu'on trouve à son orifice d'entrée. De ce point à la valvule iléo-cæcale l'intestin a son calibre normal et ses parois sont exemptes d'altération. Il en est de même du gros intestin dans toute son étendue.

Quant à la portion intestinale qui est indurée et épaissie, elle est bien évidemment cancéreuse comme le grand épiploon. En excisant ses parois on voit que toutes les couches sont confondues, soit entre elles, soit avec le tissu environnant et qu'il n'y a plus là qu'un tissu lardacé ; autour de cette portion, le tissu cellulaire situé entre les deux feuillets du mésentère est transformé en une masse homogène de 5 ou 6 centimètres d'épaisseur. Les ganglions lymphatiques apparaissent seuls plus ou moins isolés au milieu de cette dégénérescence. Les uns ont subi une transformation à peu près complète, les autres ont conservé en partie leur consistance et leur aspect normal, d'autres enfin sont très vasculaires.

Le foie, la rate, le pancréas lui-même, bien qu'environné de toute part par la masse épiploïque dégénérée, se présentent avec leur volume et leur consistance normale. Les reins sont un peu anémiés en même temps que tuméfiés; le cœur est légèrement hypertrophié sans dilatation de ses cavités. Les poumons sont gorgés de sang dans toute leur étendue, mais leur tissu est perméable à l'air et surnage sur tous ses points. On ne trouve aucune apparence de caverne ou même de granulation tuberculeuse, ou de tubercule induré ou ramolli.

M. *Barth*, dans le service duquel la pièce a été recueillie, signale la rareté du cancer de l'intestin grêle ; c'est le premier cas qu'il lui ait été donné d'observer. Il a vu plusieurs fois le cancer atteindre le duodénum, mais c'est la première fois qu'il rencontre un encéphaloïde dans cette portion de l'intestin grêle.

M. *Houel*, tout en admettant avec M. Barth la rareté de l'affection, ne croit pas que dans cette circonstance il y ait lieu d'admettre que le cancer de l'intestin ait été primitif. Pour lui l'altération aurait débuté par les ganglions, et les tuniques intestinales auraient été successivement envahies et englobées dans la masse des ganglions dégénérés.

M. *Barth* fait remarquer que la lésion est beaucoup plus avancée dans l'intestin que partout ailleurs : du reste, ajoute-t-il, on peut poser comme loi et je prends ce mot dans son acception la plus stricte, c'est-à-dire une loi souffrant de rares exceptions ; on peut poser comme une loi que dans les cancers abdominaux c'est le viscère qui est atteint le premier, et les ganglions ne le sont que consécutivement. Ce fait est parfaitement établi pour les cancers de l'estomac, du foie, etc.

M. Barth termine en ajoutant que ce serait un sujet d'étude intéressant pour les membres de la Société de rechercher s'il existe des cas bien avérés de cancer des ganglions prélombaires sans cancer des viscères.

DOUBLE ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE. MORT. — Observation et réflexions, par M. GÉRIN-ROZE, interne des hôpitaux.

La nommée André, lingère, âgée de cinquante-huit ans, est entrée le 27 juin 1858 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Robert.

Cette femme, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux, n'a jamais fait de maladies graves. Depuis l'âge de quarante-deux ans elle est sujette aux migraines. Il y a quinze mois, par hasard et en se débarbouillant, elle remarqua pour la première fois qu'elle portait sous la clavicule gauche une petite tumeur, du volume d'un gros pois. Cette tumeur était le siége de battements qui augmentèrent peu à peu d'intensité en même temps que survinrent de petites douleurs qui s'accrurent graduellement, et s'exacerbaient surtout lorsque la malade montait les escaliers. M. Robert constate la présence d'une tumeur sous-claviculaire, molle, incomplétement réductible, de la forme et du volume d'un œuf de poule coupé par le milieu, et à base appliquée sur la paroi thoracique. Il perçoit un bruit de souffle assez intense, et trouve peu de troubles généraux. Il y a des douleurs très vives dans le dos et particulièrement dans le côté gauche et postérieur de la poitrine. La malade fut quelque temps soumise à un traitement qui eut pour base les applications de glace et la digitale. L'anévrysme durcissait déjà, lorsqu'elle déclara ne pouvoir supporter plus

longtemps les vives douleurs que lui faisaient éprouver les applications réfrigérantes et les vomissements qui commençaient à se manifester sous l'influence du médicament. M. Robert, désespérant alors de la guérir et ne voulant pas la désoler par le refus formel d'une opération qu'elle réclamait à grands cris, la fit entrer sous prétexte de l'y préparer dans le service de M. le docteur Horteloup où je la trouve le 1er janvier 1859.

C'est à cette époque que je vis la malade pour la première fois. Ses traits fatigués, son corps amaigri, sa faiblesse extrême, une teinte terreuse répandue sur sa figure, sa respiration courte, témoignaient assez de la gravité de sa position. Assise sur son lit, le dos soutenu par des oreillers, elle tenait le bras gauche écarté du tronc, immobile et appuyé sur un coussin à la manière des gens qui ont une fracture de la clavicule ou un abcès douloureux de l'aisselle. Cette position assise lui était très pénible ; mais dès qu'elle voulait se coucher sur le dos, la respiration devenait difficile, légèrement anxieuse et la forçait à reprendre la position première. Quand elle voulait se lever de son lit et faire quelques pas dans la salle, elle soutenait de la main droite le coude gauche douloureux au moindre mouvement ; les douleurs les plus vives se faisaient sentir à la région postérieure de la poitrine, un peu en dehors de la gouttière vertébrale gauche ; douleurs très vives que la malade comparait à celles qu'on lui ferait éprouver en lui perçant les os. Il existe une tumeur volumineuse située à la région sous-claviculaire gauche. Sa forme est celle d'une masse irrégulièrement arrondie, ou plutôt d'une grosse tumeur ovoïde coupée suivant son axe vertical et appliquée par sa partie sectionnée sur la paroi thoracique. La grosse extrémité de l'ovale est limitée par le bord inférieur de la moitié interne de la clavicule sous lequel elle disparaît, tandis que la petite extrémité s'arrête au niveau du bord inférieur de la troisième côte, le bord interne de ce segment d'ovoïde est à 3 centimètres du bord gauche du sternum. La tumeur soulève le grand pectoral et semble devoir perforer la deuxième côte ; mais il est impossible de s'assurer de cette perforation, car le grand pectoral est tendu comme une sangle et ne permet pas de déprimer les extrémités costales que nous supposons intéressées. De plus, l'exacerbation très vive de la douleur à la moindre pression nous empêche de faire cet examen.

A ce niveau, la peau conserve sa coloration normale. Elle est fortement distendue et laisse voir par transparence quelques veinules développées près du rebord sternal.

La tumeur est le siége de battements réguliers, isochrones à la systole du cœur, perceptibles à la vue et à la palpation. Elle donne à la main qui l'embrasse une sensation qui se rapproche bien plus du soulèvement que de l'expansion. Elle est dure, non bosselée, sans le moindre thrill, pourtant un peu moins consistante au centre qu'à la circonférence. On entend les bruits du cœur réguliers, non altérés ni dans leur rhythme ni dans leur timbre, et comme transmis par un milieu très dense. Un examen attentif, répété plusieurs jours par différentes personnes ne nous fait percevoir aucun souffle concomitant. L'auscultation des carotides ne fait également percevoir aucun souffle.

La région antérieure de la poitrine ne peut être percutée du côté malade. A droite, la sonorité est normale. En arrière, la sonorité semble légèrement exagérée du côté droit. Sa respiration est également un peu puérile à droite; elle semble normale à gauche et en arrière. De temps en temps une toux sèche, et parfois quelques crachats sanguinolents. Les lèvres sont violacées; il n'y a ni syncopes, ni œdème, ni dilatations variqueuses sur les différents points du corps. Du côté malade, le pouls radial est filiforme et tellement petit qu'il faut la plus grande attention pour le trouver et surtout pour le compter. A droite, il est régulier, petit, mais néanmoins facile à percevoir.

La nutrition est altérée. Il y a de l'inappétence, du dégoût pour les aliments. Les vomissements presque quotidiens de matières liquides, claires et filantes, ne contiennent pas d'aliments : les digestions sont lentes et pénibles. La déglutition est facile, mais l'ingestion d'aliments s'accompagne de vomituritions ; ce qui, joint au dégoût de la nourriture, rend l'alimentation insuffisante et ne contribue pas peu à maintenir notre malade dans un état d'amaigrissement et de faiblesse qui va toujours en augmentant. Un peu de constipation.

Le traitement est purement hygiénique. La malade ne peut supporter aucune préparation calmante. La tumeur s'accroît toujours, et au mois d'avril elle offre les caractères suivants : sa forme est toujours celle d'un ovoïde. La petite extrémité, dirigée en bas et en

avant, ne s'arrête plus au bord supérieur de la troisième côte. Appuyée sur ce rebord osseux qui l'étrangle, elle le déborde en avant et en bas et vient soulever la peau qu'elle décolle jusqu'au milieu du troisième espace intercostal. Elle s'y termine par une saillie acuminée dont le sommet est tourné vers la peau et la base vers la paroi thoracique. Elle a 15 centimètres de long sur 13 de large, résultats obtenus par la mensuration d'une ligne verticale étendue du bord inférieur de la clavicule au point de la petite extrémité qui termine la tumeur au niveau du troisième espace intercostal, et par celle d'une autre ligne transversale passant par le centre de la première.

Le creux sus-claviculaire est légèrement effacé, surtout en dedans. Cette tuméfaction du creux sus-claviculaire contraste par sa mollesse avec la dureté presque fibreuse du reste de la tumeur. Le grand pectoral distendu est soulevé comme une corde, surtout à son bord inférieur. La peau est amincie, sa coloration normale n'a pas changé, si ce n'est vers la saillie acuminée où se trouve une surface rosée de la largeur d'une pièce de 1 franc. Cette coloration, qui passe successivement par les différentes teintes livides de l'ecchymose, s'est renouvelée plusieurs fois depuis; elle s'est accompagnée d'un thrill extrêmement léger et également limité à cet espace. Ce thrill, très fugace, a rarement persisté plus de vingt-quatre heures. Toute la région est extrêmement douloureuse au mouvement et à la pression; la veine jugulaire est dilatée, la congestion veineuse de la face augmentée. Les symptômes généraux sont les mêmes; la faiblesse est tellement grande, que le repos au lit dans la position assise est nécessaire. A peine la malade peut-elle se lever un instant et faire le tour de son lit; elle tient son coude écarté, et, au moindre mouvement, se plaint de douleurs lancinantes très vives s'irradiant du coude à l'épaule. Douleurs térébrantes dans la région dorsale.

Elle dort peu, n'a pas de cauchemar.

La tumeur s'accroît avec une extrême lenteur. Dans les derniers jours du mois, la faiblesse de notre malade atteint ses dernières limites; elle est extrêmement maigre; ses traits s'altèrent visiblement, sa respiration devient anxieuse, une asphyxie lente se déclare, la congestion veineuse de la face s'exagère, les lèvres deviennent violacées; les extrémités bleuâtres et froides; elle se sent

mourir, conserve toute son intelligence, est prise pour la première fois de deux syncopes dans la nuit du 30 décembre, et succombe à une troisième qui termine ses souffrances sur les trois heures du matin.

Jusqu'à ce dernier moment les symptômes généraux n'ont pas varié de nature. Il n'a jamais été possible de trouver de souffle à l'auscultation de la tumeur. Le murmure respiratoire a toujours été perçu dans le poumon gauche ; mais il était très affaibli dans le dernier mois.

Autopsie. — A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, le cerveau, le cervelet, l'isthme de l'encéphale et les viscères abdominaux furent trouvés sains ; mais on ne put malheureusement constater l'état de l'aorte abdominale et de ses branches de terminaison.

La tumeur n'a subi aucune modification, ni dans sa forme, ni dans sa consistance. A son niveau, la peau et le muscle grand pectoral sont distendus et amincis. On les sépare facilement l'un de l'autre, et l'on tombe sur une masse ovoïde, de consistance fibrineuse, recouverte d'une enveloppe peu épaisse, dont on ne saurait apprécier la nature, confondue qu'elle est avec les fibres du petit pectoral. Ce dernier muscle s'est tellement laissé distendre par la tumeur, qu'il en a perdu la plus grande partie de son épaisseur normale et est converti en une membrane mince dont les faisceaux écartés laissent apercevoir çà et là la paroi du sac avec laquelle ils contractent des adhérences. Le sac de l'anévrysme est donc formé de deux feuillets distincts. L'un, d'apparence celluleuse, constitue le sac proprement dit ; l'autre, de nature musculeuse, vient, par ses faisceaux maigres et décolorés, doubler le premier qu'il renforce.

La tumeur semble s'échapper de la paroi thoracique comme une hernie de son orifice. L'anneau qui lui donne issue est très étendu et formé aux dépens des deux premiers espaces intercostaux et de la deuxième côte largement détruite. Il suffit d'imprimer quelques mouvements de pression aux extrémités du diamètre transverse de la tumeur pour sentir que les fragments de la côte jouent librement et sont distants de plus de 2 centimètres. Et comme, à ce niveau, le sac offre 23 centimètres d'une extrémité de son diamètre transverse à l'autre, il s'ensuit qu'il est étranglé

et s'est développé sur la face externe de la portion conservée de la deuxième côte. A sa circonférence, le sac est assez adhérent au pourtour de l'anneau pour qu'on puisse craindre de le déchirer avant de parvenir à l'isoler complétement. La tumeur mesure 20 centimètres de long sur 23 de large. A l'ouverture du thorax, on est tout d'abord frappé de l'immense dilatation de l'aorte. Cette exagération de calibre est d'autant plus appréciable qu'elle contraste avec le volume très petit du cœur. Cet organe n'offre aucune altération. Ses parois sont peu épaisses, molles et décolorées. L'endocarde est souple, lisse, d'apparence normale, non injecté, peut-être un peu plus pâle que d'habitude. Les cavités du cœur ne renferment aucun caillot. Les valvules sont souples, lisses, sans lésions autres que trois petites taches jaunes qui intéressent la tunique interne des valvules sigmoïdes de l'aorte, immédiatement au-dessous de leur point d'insertion à l'anneau fibreux du cœur. La plus grande de ces taches a de 3 à 4 millimètres de diamètre.

La crosse de l'aorte est énormément dilatée. Son calibre augmente dès son origine, de sorte qu'elle va en s'évasant faire hernie à travers la perforation intercostale que limitent en haut le bord inférieur de la première côte et en bas le bord supérieur de la troisième. La dilatation porte surtout sur le bord inférieur de la crosse aortique; elle efface complétement l'angle formé par l'union de sa portion ascendante à sa portion horizontale, et refoule en arrière le poumon que l'on n'aperçoit plus.

La face externe de cette poche n'offre rien de particulier; elle ne semble ni plus rugueuse, ni plus épaisse que toute autre partie du vaisseau. Elle se laisse déprimer et ne contient pas de caillots.

Vue par sa face postérieure, la crosse de l'aorte offre un tout autre aspect. La dilatation de la portion ascendante y est remplacée par une énorme tumeur ovoïde analogue en tout point, pour l'aspect et la dureté, à la tumeur sous-claviculaire avec laquelle elle se confond. Ces deux tumeurs semblent, en effet, ne faire qu'une seule et même masse étranglée par la perforation intercostale, ce qui leur donne l'apparence d'une tumeur en bissac dont les deux poches se confondent supérieurement au niveau de la troisième côte, sur laquelle elles reposent, et dont les deux extrémités tendent à s'écarter obliquement de la paroi thoracique. C'est un sac anévrysmal rempli de caillots, étranglé à sa partie moyenne et di-

visé en deux lobes; l'un, externe, que nous avons suffisamment décrit; l'autre, interne, dont nous nous occupons. Ce dernier, beaucoup plus volumineux que le précédent, commence au niveau de la première côte et se termine à la cinquième. Sa forme est celle d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas; son axe suit la direction d'une ligne oblique qui, partant du point où se réunissent le tiers antérieur et les deux tiers postérieurs de la deuxième côte, irait se terminer à la partie moyenne de la face antérieure du corps de la sixième vertèbre dorsale.

Une aussi énorme tumeur avait nécessairement comprimé le poumon gauche non altéré, perméable, mais aplati et refoulé vers la gouttière vertébrale correspondante.

Sa plèvre avait contracté quelques adhérences avec le sac au niveau du bord postérieur de la perforation de la paroi thoracique. Son feuillet pariétal était, à cet endroit, épaissi, blanchâtre et résistant.

La surface interne de l'aorte a perdu son poli; elle est rugueuse, couverte de petites saillies mamelonnées, et donne au doigt la sensation d'une peau chagrinée. Elle paraît ridée quand on l'examine à contre-jour. Sa coloration est brun-grisâtre, inégale et plus foncée au niveau des mamelons. Ces rugosités nous paraissent dues à des épaississements partiels de la tunique interne qui, bien que plus adhérente en ce point, se laisse pourtant séparer facilement de la tunique moyenne. Elles sont formées par un noyau rouge-brun, opaque, situé dans l'épaisseur de la tunique interne et donnant à l'ongle une sensation semi-cartilagineuse. Il existe, en outre, sur l'aorte ascendante deux petites bosselures arrondies faisant saillie au dehors, et mesurant de 3 à 4 millimètres de diamètre. Leur paroi est amincie. Il semble qu'à cet endroit la tunique moyenne fasse défaut. En appuyant sur la saillie que forment ces bosselures à la face externe du vaisseau, on parvient aisément à les repousser, mais elles jouissent d'une certaine élasticité, qui leur permet de reprendre leur forme première dès qu'on cesse la compression.

Toute la portion d'aorte soumise à notre examen, c'est-à-dire toute l'aorte thoracique, est criblée de petites taches blanchâtres, déposées sous forme de plaques dans l'épaisseur de la tunique interne. On croirait voir de petits dépots pseudo-membraneux secs, jaunes, ternes, offrant des figures variables, le plus souvent ovales

ou arrondis. Ils sont manifestement situés dans l'épaisseur de la tunique interne ; car, si l'on en détache un lambeau pour l'examiner par transparence, on constate que ce lambeau de tunique externe s'enlève facilement de la tunique moyenne ; qu'il n'est pas plus altéré à sa face libre qu'à sa face adhérente, et qu'il est parsémé de taches jaunes, dont l'opacité tranche avec la transparence normale de la membrane au milieu de laquelle elles se sont développées. Dans d'autres points, ces plaques coriaces et toujours jaunes offrent une dureté presque cartilagineuse. Quelques-unes donnent au doigt qui cherche à en apprécier la consistance, une sensation analogue à celle qu'on obtiendrait en pressant une feuille sèche de parchemin. Enfin, il existe sur la face inférieure de la portion horizontale de la crosse aortique, vis-à-vis le point d'émergence du tronc brachio-céphalique et de l'artère carotide gauche, une lamelle ossiforme de 25 millimètres de longueur sur 3 de largeur. Cette lamelle, fort mince, remplace la tunique interne, entièrement détruite à ce niveau, et intéresse légèrement la tunique moyenne. Ses contours irréguliers sont détachés des tissus environnants, qu'ils ulcèrent. N'oublions pas enfin de mentionner quelques points assez rares où les taches jaunes ont une consistance caséeuse. Ces dernières productions sont, en certains endroits, renfermées dans l'épaisseur de la tunique interne, dont les deux faces sont intactes; dans d'autres, elles ont envahi la tunique moyenne ou détruit la face libre de la tunique interne qui leur a donné naissance. De toutes les artères qui naissent du tronc aortique, depuis son origine jusqu'à l'anneau du diaphragme, la carotide primitive gauche et le tronc brachio-céphalique offrent seuls quelques-unes des plaques jaunes que nous venons de signaler; et encore ces plaques sont-elles rares, isolées, petites et limitées à l'épaisseur de la tunique interne.

Le sac de l'anévrysme se continue, sans démarcation tranchée, avec l'aorte dilatée. Les deux lobes du bissac semblent dus à une dilatation secondaire entée sur la dilatation principale, et portant sur le bord gauche de l'aorte ascendante et le bord inférieur de la portion horizontale de la crosse. Cette portion dilatée aurait d'abord formé une vaste ampoule unique, qui se serait divisée en deux lobes par le fait de la hernie de sa moitié externe à travers la perforation intercostale, la moitié interne étant restée appendue à la

face postérieure de l'aorte. A l'appui de cette opinion, nous rappellerons que le lobe interne est caché par l'énorme évasement de l'aorte ascendante dilatée, et qu'on ne peut l'étudier que par sa face postérieure, après avoir enlevé le quart postérieur des côtes gauches et refoulé le poumon dans la gouttière vertébrale; et qu'enfin le sillon demi-circulaire qui nous a fait comparer la poche à une tumeur en bissac, ne siége que sur la moitié postéro-inférieure de l'anneau formé par la perforation thoracique. La face interne de ce sac est rugueuse, ridée, mamelonnée comme celle de l'aorte, dont il émane. Elle contient bon nombre de petits caillots adhérents, noirâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui lui donnent un aspect granulé et une coloration brune. Il n'y a aucune trace de collet; nous croyons même qu'il n'y en a jamais eu. La paroi interne se confond insensiblement avec celle de l'aorte, dont elle ne se distingue d'abord par aucun changement de couleur, de consistance ou d'épaisseur; mais elle devient graduellement plus mince, et la dissection la plus délicate ne nous permet pas d'y retrouver les trois tuniques que nous y cherchons. La paroi du sac diffère donc de celle de l'artère, 1° par son épaisseur bien moindre ; 2° par l'impossibilité d'y découvrir plus d'un feuillet; 3° par l'absence complète de ces plaques jaunes ou de ces concrétions calcaires qui criblaient le vaisseau principal.

Les deux lobes du sac sont entièrement remplis par un caillot, qui offre tous les caractères des coagulations décrites sous le nom de caillots actifs ou fibrineux. Nous disons un caillot, parce que les coagulums déposés dans chaque sac sont réunis l'un à l'autre par un pont fibrineux, demi-circulaire, dont la face externe porte l'empreinte de l'étranglement déjà signalé dans le sac. Ce caillot n'adhère pas à la poche, de telle sorte que la plus légère traction suffit pour l'en séparer. Sa face externe est moulée sur la forme du sac. Sa face interne est arrondie, légèrement excavée, et remplit la large ouverture du sac, qu'elle remplit complétement. De cette façon, le sang ne pouvait plus entrer dans le diverticulum produit par la dilatation accessoire, et circulait librement dans l'aorte dilatée. Le caillot qui remplit le lobe interne est formé de feuillets concentriques enroulés les uns autour des autres, comme les pellicules de l'oignon. Sa face externe, mamelonnée, dure, jaunâtre, ressemble tout à fait à de la couenne de lard déjà vieille.

Les feuillets les plus externes sont les plus minces, les moins résistants et les plus décolorés. Ils se décomposent en un grand nombre de couches stratifiées, dont l'épaisseur varie de 2 à 3 millimètres. Si l'on examine une coupe perpendiculaire à la surface, on voit que chaque stratification offre une teinte jaune graisseuse, et est séparée de la voisine par une ligne plus foncée. Les couches de fibrine décolorée occupent les trois quarts de la profondeur du caillot. Le quart interne est formé par une série de couches d'autant plus épaisses, moins résistantes et moins colorées, qu'elles se rapprochent davantage de l'orifice du sac. Leur coloration est analogue à celle que présente la chair d'un cœur de bœuf cuit; mais cette couleur est mélangée de stries plus foncées, à nuances rouges, brunes, qui leur donnent un aspect marbré. Chaque feuillet se sépare facilement de son voisin par la dissection et la macération. Les plus denses ont une résistance qui se rapproche beaucoup de celle des fibro-cartilages. On trouve çà et là dans les couches les plus superficielles, de petites taches ecchymotiques, qui nous paraissent tenir à un défaut de résorption de la matière colorante du sang, et qui leur donnent l'aspect marbré que l'on trouve à la coupe.

Le caillot qui remplit le lobe externe ou sous-claviculaire ne ressemble pas tout à fait au précédent. Il remplit comme lui toute la tumeur, sur laquelle il se moule, et est également formé par une série de couches stratifiées concentriques. Les différents feuillets ont à peu près 2 millimètres d'épaisseur. Chacun de ces feuillets se sépare facilement de celui qui le recouvre, et, en le détachant, on tiraille quelques petites fibrilles, que l'on pourrait prendre, au premier abord, pour du tissu cellulaire unissant; mais, en examinant avec plus d'attention, on s'aperçoit que ce ne sont que des filaments très ténus des deux couches voisines, qui sont pour ainsi dire engrenées l'une dans l'autre. De plus, en regardant les différentes couches par transparence, on voit qu'elles sont constituées par de nombreuses petites fibrilles transversales, coupées obliquement par d'autres petites fibrilles, dont l'assemblage et le tassement forment un tissu feutré et condensé.

Tous ces caractères sont communs aux deux caillots. Les différences qu'ils présentent ne portent que sur la couleur et la consistance. Celui dont nous nous occupons offre une coloration cœur de

bœuf uniforme. Il n'y a plus, comme dans le premier, de couches externes blanchâtres et décolorées. Ici, tout au contraire, les couches périphériques sont les plus rouges et les moins consistantes. Enfin, ce n'est plus à leur coloration différente, mais à leurs saillies et dépressions linéaires, qu'une coupe perpendiculaire permet de distinguer les différents feuillets. Nous reviendrons sur ces faits dans nos réflexions.

La surface interne, excavée des deux caillots, est en outre recouverte d'une couche de fibrine molle, noirâtre, saignante, mal organisée, ayant tous les caractères des caillots dits passifs. En certains endroits, ces coagulations passives se montrent sous forme de petits cordons fibrineux, noirâtres, friables et réticulés ; en d'autres, elles constituent de petits amas irréguliers, le tout n'adhérant qu'à peine aux caillots organisés, dont elles diffèrent incontestablement.

Immédiatement après avoir fourni cet immense anévrysme, la portion horizontale de la crosse aortique reprend un instant son calibre normal, pour gagner l'angle qu'elle forme avec l'origine de sa portion horizontale. A ce niveau, surgit une nouvelle dilatation, entée sur la portion postérieure et supérieure de la dernière courbure de la crosse. La forme de cette dilatation est conique, à grosse extrémité dirigée en haut, à sommet obliquement dirigé en bas, en arrière et en dehors. Sa longueur est de 9 centimètres; sa largeur, prise à la partie moyenne, est de 5 centimètres et 1/2. La base de ce cône se voit par la face antérieure de la poitrine. Elle remonte derrière les artères carotide et sous-clavière gauche, et s'élève jusqu'au bord inférieur de la première côte. Son bord externe longe le corps des vertèbres dorsales auxquelles il adhère intimement, et dont il s'éloigne à mesure qu'il s'approche du sommet. Son bord externe est accolé à la grosse tumeur intra-thoracique déjà décrite. Ces deux tumeurs, ainsi juxtaposées, cachent entièrement la face postérieure de la portion horizontale de la crosse.

La face interne de ce nouvel anévrysme se continue sans ligne de démarcation avec la tunique interne de l'aorte. Les parois du sac, deux fois plus minces que celles de l'aorte descendante, se décomposent facilement en trois tuniques, qui ne diffèrent en rien de celles du tronc principal. Nous séparons aisément, par dissec-

tion, deux tuniques minces et transparentes d'une tunique moyenne plus épaisse, plus blanche, plus élastique et plus résistante. Enfin, pour que l'analogie soit complète, cette ampoule artérielle est criblée de plaques jaunes et de concrétions ossiformes, tout comme la partie voisine de l'aorte.

Un caillot actif, non adhérent aux parois et en tout point semblable au caillot de la tumeur intra-thoracique remplit complétement ce second anévrysme, sur lequel il se moule.

La trachée, l'œsophage et le pneumogastrique ne sont point comprimés. Les vertèbres dorsales sont légèrement incurvées à gauche. La face latérale gauche du corps des troisième et quatrième vertèbres de cette région est détruite dans le tiers de son épaisseur et adhère à la paroi de la dernière dilatation, tellement amincie à ce niveau, qu'on ne peut l'en séparer sans déchirure.

Réflexions. — S'il est dans l'histoire des anévrysmes un sujet qui prime tous les autres, c'est certainement l'évolution des concrétions calcaires et des autres productions qui constituent, en détruisant les parois artérielles, la maladie véritable dont la tumeur anévrysmale n'est qu'un symptôme. Ici donc comme ailleurs, les efforts du médecin doivent tendre à rechercher tout ce qui a trait au développement de la cause première ; et, dans le cas d'anévrysme spontané, il ne sera pas plus permis de déclarer un malade guéri par la formation d'un caillot actif, qu'il ne le serait de croire débarrassé de sa scrofule un malheureux auquel on aurait ouvert et fait cicatriser un abcès scrofuleux. Malheureusement si l'étude des tumeurs consécutives à la manifestation de la diathèse anévrysmale est un progrès, il n'en est pas de même de celle qui traite de la nature de cette diathèse et des moyens d'y remédier. La malade dont nous venons de rapporter l'histoire est morte d'épuisement au moment même où ses anévrysmes étaient oblitérés par le dépôt spontané de caillots actifs. En faisant abstraction de la compression qu'exerçait sur le poumon gauche l'immense tumeur qui le refoulait, on aurait pu regarder cette femme comme hors de danger. Et pourtant c'eût été une grave erreur, car elle aurait presque fatalement succombé à la production d'un nouvel

anévrysme développé sur un autre point des parois de l'aorte si complétement oblitérée.

A défaut de connaissances précises sur la nature intime des causes qui provoquent le développement des concrétions calcaires, les différents auteurs ont étudié leur manière d'être, et plus spécialement le siége primitif de leur formation. Ils sont loin de s'entendre à ce sujet. En effet, tandis que les uns pensent avec Guthrie que c'est dans l'épaisseur même de la tunique interne que ces concrétions prennent naissance, les autres disent avec Béclard que c'est dans le tissu fibreux jaune élastique de la tunique moyenne, ou au moins entre les tuniques interne et moyenne, que s'opère leur production. Notre autopsie vient donner gain de cause à Guthrie, et nous permet de tirer la conclusion suivante : contrairement à l'opinion trop absolue de Béclard et des auteurs du *Compendium de chirurgie*, il est établi que les taches jaunes qui forment la première phase de l'évolution des concrétions calcaires peuvent se développer primitivement dans l'épaisseur de la tunique interne des artères.

Nous trouvons, en outre, chez notre malade, deux tumeurs distinctes entées sur une dilatation évidente de la crosse aortique. La tumeur bilobée nous paraît être une dilatation. L'absence de collet, la largeur de l'orifice que l'on délimite assez mal, puisque son bord se confond avec la tunique interne de l'aorte, nous paraissent plaider en faveur de cette opinion, que ne réfutent pas suffisamment la présence du caillot et l'impossibilité de retrouver dans la constitution du sac les trois tuniques primitives. Tout le monde sait, en effet, que les caillots actifs peuvent se déposer dans de simples anévrysmes vrais ; la preuve en est dans la petite tumeur complétement oblitérée par un caillot, et dont le sac est formé par les trois tuniques artificielles altérées, mais tout à fait entières. L'absence des trois tuniques dans le sac bilobé nous semble encore une faible preuve, puisqu'il est généralement admis que la plupart des anévrysmes, quelle que soit leur nature, finissent au bout d'un temps suffisant par présenter des caractères identiques. A la rigueur, devant l'impossibilité où nous sommes de nier la dilatation comme début, on pourrait dire que l'anévrysme a commencé par être vrai ; mais que, plus tard, il est devenu mixte par suite de la destruction graduelle et consécutive des deux tuniques les plus internes.

Nous insisterons, en terminant, sur les douleurs térébrantes de la région dorsale évidemment dues à l'usure des vertèbres et rapportées par la malade elle-même à la perforation des os, et surtout sur l'apparition quelquefois simultanée du thrill et des ecchymoses. Ne pourrait-on pas admettre que de loin en loin la colonne sanguine, surmontant la résistance du caillot, laissait s'infiltrer un filet de sang entre ce caillot et le sac; que ce petit courant sanguin occasionnait le frémissement perçu et s'accompagnait de temps en temps d'une rupture microscopique du sac, qui expliquerait d'une manière suffisante l'ecchymose concomitante. Sans ce décollement du caillot par un filet sanguin, nous ne pourrions comprendre que ses couches externes soient plus colorées et moins consistantes que les couches internes. Il y a eu évidemment formation de nouvelles couches sur la face externe du caillot, ou pour le moins imbibition de cette face externe par le sang extravasé. Cette hypothèse aurait, en outre, le mérite de faire mieux comprendre l'ampliation continuelle du sac, alors même qu'il était déjà dur et presque complétement oblitéré.

Extrait du rapport de M. le docteur L. GENOUVILLE.

Il n'entre pas dans ma pensée de nier ici totalement l'influence qu'exercent les altérations stéatomateuses et crétacées des artères dans la production des anévrysmes; mais je suis loin de leur en accorder autant que semble le faire M. Gérin-Roze, et je n'en veux pour preuve que la fréquence de ces altérations sans la moindre dilatation artérielle. Au reste, cette opinion ne m'est point personnelle, elle est développée tout au long dans l'*Anatomie pathologique* de M. le professeur Cruveilhier. Cette altération stéatomateuse, dit-il, n'est pas une cause constante d'anévrysme, bien qu'elle affaiblisse considérablement la portion d'artère qui en est le siége. On ne comprend pas pourquoi les anévrysmes ne surviennent pas au milieu d'un délabrement des parois artérielles aussi considérable que celui qu'on rencontre quelquefois.

On pourrait même soutenir que l'altération crétacée, quand elle est considérable et qu'elle occupe une très grande surface, rend la dilatation de l'artère impossible, et qu'une sécrétion calcaire

ossiforme, surprenant l'artère dans un état de dilatation commençante, doit assurer cette dilatation dans son développement.

En étudiant le siége de ces productions, le présentateur vous a fait voir qu'elles s'étaient développées aux dépens de la tunique interne ; c'est une opinion aujourd'hui hors de doute, et le fait de M. Gérin-Roze n'en est qu'une simple confirmation.

Ont été nommés membres correspondants :

MM. *Lemarié*, *Ambrosoli* et *Gonzales Eccheveria*.

XXXVe ANNÉE. — FÉVRIER 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Dilatation de l'aorte. — 2. Hématocèle du testicule. — 3. Fistules urinaires. — 4. Fracture incomplète de côte. — 5. Caillots sanguins concrétés dans la vessie. — 6. Pseudarthrose de la jambe. — 7. Fracture sus-condylienne du fémur. — 8. Rupture de l'intestin grêle. — 9. Anomalie du cœur. — 10. Corps fibreux de l'utérus. — 11. Rein unique. — 12. Rétrécissement de l'urèthre; sonde brisée dans la vessie. — 13. Œdème de la glotte ; hypertrophie des glandes de la muqueuse du larynx. — 14. Tumeur du testicule. — 15. Anomalie de la vésicule biliaire. — 16. Tumeur du col de l'utérus, enlevée avec l'écraseur linéaire. — 17. Tumeur récidivée du maxillaire supérieur.

OBSERVATIONS. — Note sur deux cas de coagulation du sang dans les sinus cérébraux, par M. E. Fritz. — Extrait du rapport de M. le docteur A. Luton.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Proust* montre une *dilatation de l'aorte*. On n'a eu que peu le temps d'observer le malade pendant la vie, et ce n'est qu'à l'autopsie que la lésion a pu être constatée.

La partie antérieure du thorax étant enlevée, on vit le cœur hypertrophié couché transversalement au-dessous du poumon gauche ; il répondait aux huitième, neuvième et dixième côtes. La partie ascendante et la crosse de l'aorte, placées derrière le sternum, empiétant sur le côté gauche de la poitrine, occupaient à peu près la place normale du cœur. La tumeur, entourée de tissu cellulaire, n'intéressait ni le sternum, ni la colonne vertébrale, la trachée seule était comprimée. Les poumons, congestionnés, présentaient tous les caractères des poumons des individus qui succombent à l'asphyxie. La tumeur, incisée, a la forme d'une vaste poche produite par la dilatation générale de toutes les tuniques de la partie ascendante et de la crosse de l'aorte. Dans sa longueur, depuis

l'orifice aortique du ventricule gauche jusqu'à l'origine du tronc brachiocéphalique, elle a 18 centimètres; sa largeur mesure 19 centimètres, dans sa partie moyenne 13 centimètres, un peu au-dessus des valvules sigmoïdes, et 17 à sa partie supérieure. La poche est plus épaisse que les parois de l'aorte normale du double environ; mais cette épaisseur est variable, et, dans certains points, elle est amincie.

En outre, on voit à la face interne des saillies dures, athéromateuses, dont le siége est au-dessous de la membrane interne. Ces saillies se rencontrent dans toute l'étendue de l'aorte, mais à un degré d'autant moins avancé qu'on s'éloigne davantage de la tumeur. Il n'en existe plus dans les artères iliaques et fémorales. La coloration de la face interne de la tumeur, blanche dans certains points, est rosée dans d'autres; nulle part elle n'offre la coloration jaune-blanchâtre normale. A l'intérieur de la poche, caillots non adhérents; aucune altération des valvules aortiques; cœur augmenté de volume, hypertrophie excentrique plus marquée dans le ventricule gauche. A la base, les parois ont 15 millimètres, 16 à la partie médiane, et 5 à la pointe. Les parois du cœur droit ne sont pas sensiblement plus épaisses, 3mm,5 à la base, 5 millimètres au milieu, et 2 millimètres à la pointe.

M. *Blachez* fait remarquer que l'épaisseur de l'aorte est loin d'être la même dans toute l'étendue de la tumeur, qu'il existe notamment certains points très amincis, et qu'en ces endroits la maladie faisant des progrès, il y avait possibilité de rupture.

M. *Houel* regarde comme rare l'absence d'altération valvulaire dans ce cas, et, revenant sur ce qu'a dit M. Blachez à propos de l'altération des tuniques, il explique comment le peu de résistance de la tunique moyenne amène la formation d'un anévrysme faux.

---

2. M. *A. Desprès* présente *une hématocèle du testicule*; il donne sur cette pièce les détails suivants : point de développement vasculaire autour de la tumeur; le feuillet pariétal de la tunique vaginale est épaissi, sa face interne est réunie par des adhérences au feuillet viscéral, et ainsi se trouvent formés des kystes où se trouve un liquide clair, comme celui qui a été expulsé au moment de l'opéra-

tion. Les tuniques albuginée et vaginale sont très épaissies ; en avant et en bas, dans une étendue assez grande, on trouve la substance testiculaire. Des caillots anciens et nouveaux occupent le centre de la tumeur ; les premiers sont organisés, ils sont disposés en brides, de formes variables, et divisent la cavité de la tumeur en vacuoles contenant un liquide couleur chocolat ; les seconds caillots sont constitués par une masse granulée, rouge, assez claire, parsemée de petites masses blanches de nature fibrineuse. L'examen microscopique confirme en partie le diagnostic anatomique, et la présence de tubes séminifères dans le gros caillot récent ne suffit point pour contredire une opinion appuyée sur l'aspect de la tumeur et le caractère des autres éléments qui constituent l'altération du testicule.

M. *Guerlain* fait voir le périnée et les organes génitaux d'un homme qui sont le siége de fistules *uréthro-rectales*, *périnéales* et *scrotales*. Il donne sur le malade les renseignements suivants : Allain Almire, trente-neuf ans, forgeron, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Laugier, salle Sainte-Marthe, 8, le 18 mai 1859, pour des fistules multiples. Ce malade était allé déjà à l'hôpital du Midi, où on lui avait ouvert un abcès du périnée. Le 1er janvier 1860, on constate des fistules multiples du périnée, des bourses, et une du rectum. La prostate se trouve au milieu d'une masse indurée. Depuis le 5 janvier, cet homme est pris de fièvre chaque soir, vers trois heures, avec claquement de dents. Le 15, il a eu peu de délire, et enfin il meurt avec les signes de résorption purulente.

Autopsie. — Teinte jaune ictérique de toute la surface du corps, adhérences anciennes du poumon droit avec la plèvre du même côté, abcès métastatique dans le poumon droit, deux abcès métastatiques dans le lobe droit du foie, dont l'un est gros comme une noix ; rate énorme mesurant 12 centimètres dans son grand diamètre, 4 dans son petit ; péritoine sain. Les parois de la vessie énormément hypertrophiées ont une épaisseur de 2 centimètres au moins. La surface interne, grisâtre, mamelonnée, est couverte de fausses membranes dures, noirâtres et adhérentes à la muqueuse.

La face postérieure de la vessie adhère au rectum, et entre les adhérences on trouve quelques foyers purulents. La prostate, intimement adhérente au rectum, est sillonnée en tous sens de fistules dont les orifices aboutissent au rectum, aux bourses et à l'urèthre; ce canal présente, au niveau du verumontanum, deux fistules. Par l'un des orifices, on peut faire passer une sonde, et l'on arrive dans le rectum par un trajet presque direct. Par l'autre, on peut faire filer une sonde vers l'une des ouvertures que l'on voit au périnée. A 6 pouces de l'anus, sept ou huit orifices de fistules, dont une seule communique avec l'urèthre; ce sont les ouvertures d'un vaste clapier siégeant sous la muqueuse décollée dans une étendue de 5 ou 6 centimètres.

Ces orifices ne sont pas tous à la même hauteur; le plus inférieur seul, celui qui va directement dans l'urèthre, peut être atteint avec le doigt. La muqueuse rectale est verdâtre; elle est mamelonnée, ramollie, enfin il y a là les signes de la rectite chronique. Cet état du rectum ne remonte pas au delà de 12 centimètres dans l'intérieur de l'intestin. Au périnée se voient deux fistules, dont l'une communique avec l'orifice que nous avons trouvé dans l'urèthre, et avec les fistules du raphé médian des bourses, mais aucune avec le rectum.

Le raphé médian des bourses présente cinq orifices fistuleux superposés les uns aux autres; aucun ne communique ni avec le rectum, ni avec l'urèthre, mais avec celles du périnée; et cependant l'urine s'écoulait par là pendant la vie. Ces fistules, comme celles du périnée, sont à bords durs, calleux, épaissis. Les testicules sont sains, les bourses n'ont rien de remarquable, sauf les fistules.

---

4. M. *Jouon* présente une *fracture de côte incomplète.*

Un homme de quarante ans est fortement comprimé entre un cheval et un mur. Mort une demi-heure après l'accident.

A l'*autopsie*, pas de traces de contusion à la peau; trois litres de sang noir dans la cavité péritonéale, déchirure très profonde du foie en trois points sur sa surface convexe.

La septième côte droite est atteinte de fracture incomplète. La lame externe est brisée en travers, et de chaque bord partent

quelques fissures irrégulières; mais la lame interne concave est intacte dans la plus grande partie de son étendue ; près des bords seulement existent deux ou trois félures. Il est vraisemblable, d'après le siége de la fracture et la rupture de la lame externe seulement, que la fracture a été produite indirectement par une pression tendant à augmenter la courbure de la côte.

---

3. M. *Caudmont* rapporte le fait suivant :

Un ecclésiastique, âgé d'environ cinquante ans, avait été fréquemment tourmenté par des hématuries graves. Il était venu à Paris pour se faire traiter, et M. Caudmont avait été appelé à lui donner des soins. Cet individu se trouvait, du reste, dans un état d'affaiblissement extrême, ne permettant point de songer à une opération. M. Caudmont pratiqua le cathétérisme, et dans le seul examen qui lui fut donné de faire il reconnut dans la vessie la présence d'un corps étranger solide, dur, offrant la sensation d'un calcul; le malade mourut trois ou quatre jours après.

A l'*autopsie*, on trouva une inflammation chronique des reins. La vessie, dont les parois étaient très molles, et dont les fibres musculaires éraillées présentaient au sommet une hernie de la muqueuse, renfermait dans son intérieur des masses de fibrine décolorées situées en long, sortes de membranes flottantes épaissies; au milieu d'un liquide rougeâtre et de caillots diffluents se trouvaient cinq ou six corps durs, aplatis, de couleur foncée, à surface inégale et comme chagrinée.

Il y avait, en outre, une concrétion polypiforme insérée dans une étendue d'une pièce de 2 francs à l'orifice vésical de l'uretère droit, ne gênant en aucune façon le cours de l'urine, car il fut possible de faire refluer l'urine dans l'uretère en pressant sur la vessie. Il existait encore à l'orifice uréthro-vésical un petit polype de forme allongée, et de plus un autre petit polype en dehors et au voisinage du précédent.

M. Caudmont s'étonne de rencontrer au milieu d'un liquide des corps semblables à ceux que nous avons signalés plus haut, et qui lui paraissent être des masses sanguines fibrineuses concrétées.

M. *Mercier* demande si cet homme n'avait pas été traité anté-

rieurement, et si l'on n'aurait pas fait dans la vessie des injections de nitrate d'argent ou de tout autre liquide astringent ou coagulant.

M. *Caudmont* répond que cet individu n'avait jamais subi de pareil traitement, qu'avant son arrivée à Paris il n'avait jamais voulu se laisser sonder, et qu'il ne s'était décidé qu'à la dernière extrémité et avec une difficulté extrême à se soumettre au cathétérisme.

M. *Blot* pense qu'il serait utile de soumettre ces concrétions à l'analyse chimique, et qu'elle seule pourra rendre compte des éléments qui entrent dans leur composition, et qui leur donnent cette consistance.

M. *Trélat* émet l'opinion qu'à cause de l'aspect vermoulu que présentent ces corps, il se pourrait qu'ils ne se fussent pas formés dans la vessie, mais bien dans les reins, et que le passage à travers l'uretère rendît compte de leur aspect tout particulier.

M. *Caudmont* rejette l'hypothèse de M. Trélat, car on ne trouvait pas dans l'intérieur de la vessie de caillots allongés et comme passés à la filière, mais bien de larges plaques fibrineuses striées.

L'examen microscopique de ces concrétions a fait voir beaucoup d'hématoïdine. L'examen chimique a montré qu'elles étaient uniquement constituées par du sang, et que la coagulation de ce liquide pouvait s'expliquer par une grande acidité de l'urine.

---

6. M. *Chalvet* fait voir un exemple de *pseudarthrose de la jambe*. La jeune malade, âgée de huit ans et demi, est entrée dans le service de M. Guersant le 2 février, et amputée quelques jours après. Voici en peu de mots son histoire :

Vers l'âge de trois mois, cette enfant se fractura la jambe chez sa nourrice. Aucune espèce de moyen contentif n'ayant été employé, il se fit une consolidation vicieuse qui gênait beaucoup la marche. Ramenée chez ses parents vers l'âge de deux ans, ses parents prirent le parti de conduire la petite malade chez un médecin, qui, sur leur insistance, fit quelques tentatives de redressement. Le cal se rompit, et tous les moyens essayés pour obtenir une se-

conde consolidation furent inutiles. Le 17 juillet 1854, cette enfant entra dans le service de M. Guersant. On avait eu déjà recours aux sétons, aux cautères, aux appareils inamovibles de toute sorte. M. Guersant essaya successivement la rugination, puis la résection des fragments et l'immobilisation, le tout sans résultats; on fut obligé de s'en tenir à un appareil orthopédique. Malgré les secours de la mécanique, les parents pensèrent qu'une jambe de bois sera préférable à une infirmité qui ne laissait plus entrevoir la possibilité d'une guérison. Ajoutons de plus que le siége de la pseudarthrose est constamment douloureux, et que dans ces derniers temps il y avait menace de la formation d'un abcès.

État de l'enfant à son entrée à l'hôpital. — La malade est un peu maigre, mais jouit d'une bonne santé. Elle ne tousse pas. L'état général, en un mot, est excellent. De temps en temps la jambe malade est le siége de douleurs, et les mouvements imprimés à la fausse articulation ne s'exécutent pas sans provoquer de souffrances. La solution de continuité siége à 6 ou 7 centimètres au-dessus des malléoles de la jambe gauche. La portion du membre placée au-dessous de la fracture flotte en tous sens lorsque la malade remue la jambe. Lorsque le membre repose sur un plan horizontal, le pied tombe constamment sur l'un ou l'autre de ses bords, il est impossible à l'enfant de se tenir sur le talon. La jambe malade a subi un raccourcissement de 10 centimètres, le pied gauche est plus court que le droit de 2 centimètres environ, et la circonférence de ce même membre malade a diminué de 2 centimètres en moyenne.

L'amputation est pratiquée par M. Guersant au lieu d'élection. L'examen de la pièce anatomique fournit les renseignements suivants : la fracture des deux os de la jambe siégeait à 6 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Il existe une différence remarquable dans la conformation des fragments supérieurs et des fragments inférieurs, ainsi que dans la texture des os. Les fragments inférieurs se terminent par une pointe aiguë, et l'on n'y remarque pas traces d'un commencement de travail de cicatrisation. Le reste de ces parties osseuses est criblé de petits pertuis et parcouru par de petits sillons, ce qui témoigne assez que ces fragments ont été le siége d'un travail de raréfaction de la substance osseuse. Le périoste est épaissi et facile à décoller. Le frag-

ment supérieur du tibia se termine par une extrémité mousse, revêtue d'une couche fibro-cartilagineuse de nouvelle formation. Au-dessus de la solution de continuité, le périoste et le tissu osseux du tibia n'ont subi aucune modification ; on n'y observe qu'un sillon profond creusé par la pression d'une bandelette fibreuse. Il n'existe pas de production fibro-cartilagineuse à l'extrémité du fragment supérieur du péroné.

Le chevauchement des fragments, qui est de 2 centimètres environ, s'opère de telle façon que les supérieurs sont portés en arrière et un peu en dedans, disposition tout à fait en rapport avec l'action des muscles de la région antérieure de la jambe. Entre les fragments se voit une couche mollasse assez épaisse de tissu lamelleux infiltré de graisse. Plus superficiellement des portions de muscles se sont interposées entre ces mêmes fragments. En avant, l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil se sont engagés dans l'espace interosseux, et ont refoulé en sens inverse les fragments inférieurs des deux os. En arrière, un faisceau assez volumineux du fléchisseur propre du gros orteil est venu s'interposer entre les deux fragments du tibia. C'est une espèce de refoulement en infundibulum.

En résumé, deux causes également puissantes peuvent être invoquées ici pour expliquer l'absence de toute consolidation. Ce sont, d'un côté, le défaut de coaptation des os, et, de l'autre, l'interposition de parties molles entre les fragments.

La généralité des fibres musculaires a conservé son état normal ; cependant certains faisceaux du fléchisseur des orteils ont subi un commencement d'infiltration graisseuse. La striation des fibres est partout conservée.

Comme remarque spéciale, je signalerai la différence de structure bien tranchée entre les fragments supérieurs et les inférieurs. Le défaut d'apport du sang par les vaisseaux nourriciers ne serait-il pas ici la cause de cette différence ? Les fragments inférieurs me paraissent avoir subi l'altération qui caractérise le premier degré du rachitisme.

M. *Blot* regrette que les vaisseaux de la jambe n'aient pas été examinés avec soin, car leur dissection attentive, en révélant la disposition qu'ils présentaient, aurait pu expliquer, jusqu'à un certain point, l'état des parties osseuses et musculaires. Il lui paraît

bien difficile d'admettre un rachitisme partiel, et l'oblitération de quelque vaisseau aurait bien pu produire l'altération des os et la dégénérescence graisseuse des muscles.

7. M. *Ollivier* présente une *fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure du fémur.*

François Regnault, âgé de quatre-vingt-quatre ans, entre à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes) le 20 janvier 1860. La veille, en se promenant dans sa salle, il heurta contre un paquet de linge, et tomba dessus. Il lui fut impossible de se relever et de se tenir debout.

A la visite, on constate un gonflement énorme du genou et de la cuisse gauches, avec ecchymoses en quelques points.

La douleur est vive au moindre mouvement. A la palpation, il est facile de reconnaître un épanchement assez abondant dans l'articulation tibio-fémorale. (Compresses imbibées d'eau blanche.)

Cinq jours après, quand le gonflement fut moindre, on put tenter quelques manœuvres, et rechercher s'il n'existait pas de fracture. Les mouvements de l'articulation étaient assez aisés, mais très douloureux.

En imprimant un mouvement de latéralité, et en soulevant le membre avec une main placée dans le creux poplité, on sentit de la crépitation au niveau des condyles du fémur, ce qui fit penser à une fracture d'un de ces condyles; la douleur accusée par le malade empêcha de continuer les recherches. Le membre fut immobilisé dans une gouttière. Il n'y avait pas de raccourcissement.

Dans les premiers jours de février, le gonflement était disparu à la cuisse et au genou.

A ce moment, le malade perdit l'appétit; il eut de l'agitation la nuit, et on dut l'attacher pour l'empêcher de défaire son appareil; enfin un véritable délire survint; le 12 février, le malade parvint à ôter sa gouttière et voulut se lever.

Le lendemain, en remettant le membre dans l'appareil, on sentit de nouveau une crépitation manifeste au même point, de plus on constata un raccourcissement de 2 centimètres. Malgré l'administration de pilules d'extrait thébaïque, l'agitation et le délire continuèrent, et la mort eut lieu le 18 février.

Autopsie. — Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sang noirâtre et liquide depuis la malléole jusqu'à l'aisselle du côté gauche, mais principalement à la partie interne et postérieure de la cuisse. Même épanchement de sang sous-aponévrotique.

Au-dessous de l'insertion du vaste externe existe une ouverture communiquant avec l'articulation tibio-fémorale. En comprimant la rotule on fait sortir du sang noirâtre.

L'articulation ouverte, on trouve quelques caillots encore peu consistants, et la synoviale colorée en rouge en plusieurs points.

Fracture du fémur à deux travers de doigt au-dessus des condyles. Le fragment supérieur est très irrégulier et obliquement taillé de haut en bas et d'arrière en avant. Sa partie inférieure, ainsi dirigée, n'adhère au reste du fragment que par une sorte d'engrénement.

Fracture verticale séparant les deux condyles et venant rejoindre la première solution de continuité de l'os. Le condyle interne est porté en arrière de telle sorte qu'il est dépassé par l'externe d'environ 1 centimètre. Ils adhèrent assez solidement, et sont engrenés l'un dans l'autre.

La partie supérieure du condyle externe a pénétré dans la cavité médullaire du fragment diaphysaire à la manière d'un coin, toutefois elle offre une certaine mobilité dans cette position.

La substance spongieuse des fragments épiphysaires présente une consistance moindre que celle qu'on rencontre chez les adultes.

M. *Tillaux* appelle l'attention sur l'âge du sujet, et dit que M. Gosselin lui a fait souvent remarquer que les fractures des deux condyles étaient plus fréquentes à un âge avancé, et que celles d'un seul condyle se produisaient plus volontiers dans la première moitié de la vie.

M. *Trélat* rappelle que c'est lui qui, dans un mémoire inséré dans les *Archives* de 1854, a émis ces idées, se fondant sur quelques données statistiques.

M. Trélat termine en faisant remarquer que sur cette pièce il y a un peu d'ascension du condyle interne, fait qui devient plus évident lorsque l'os repose sur un plan horizontal.

---

8. M. *Ed. Cruveilhier* montre une *rupture de l'intestin grêle* par un coup de pied de cheval.

Noyer (Eugène), âgé de vingt et un ans, palfrenier. Le malade entre à l'hôpital Beaujon le 25 mai à cinq heures du soir. Ventre très douloureux, mais peu ballonné ; facies altéré ; surface cutanée froide.

Le 26 au matin, même état du ventre ; le malade a eu des vomissements ; il en a toutes les fois qu'il boit ; pas de hoquets ; extrémités froides. La face n'est pas très altérée, mais le pouls est insensible aux radiales, à peine sensible aux humérales. Respiration fréquente. (Prescription : Cataplasmes ; potion avec laudanum Sydenham, 50 gouttes ; une cuillerée à café toutes les heures.) Le malade semble s'éteindre peu à peu sans souffrances, et meurt à six heures du soir.

Autopsie. — Abdomen médiocrement distendu dans les parties déclives ; liquide sanguinolent, dans lequel nagent de nombreuses fausses membranes. Tout le paquet intestinal ne forme qu'une masse unie entre elle et l'épiploon par des adhérences assez fortes. La plupart des anses sont très vascularisées ; le péritoine qui tapisse la face inférieure du diaphragme et le petit bassin participe à l'inflammation. En déroulant l'intestin sans couper le mésentère, perforation à la portion supérieure du jéjunum dans l'hypochondre gauche. La perforation est assez irrégulière et anguleuse, elle ne dépasse pas 0,02 ; elle est située aux environs du bord convexe de l'intestin ; sa circonférence est irrégulière et comme un peu mâchée.

M. Ed. Cruveilhier ajoute : Je n'ai retrouvé dans les *Bulletins de la Société anatomique* qu'un cas de rupture de l'intestin : la cause était un éboulement de terre ; il en résulta une section aussi complète et aussi nette que possible (c'est l'expression des *Bulletins*). La mort eut lieu en moins de vingt-quatre heures. Ce fait est dû à M. Delort, interne à Necker en 1826 ; il est consigné dans le premier volume des *Bulletins*.

Un deuxième fait a été présenté quelques jours après le mien par M. Jaccoud, mon collègue chez M. Malgaigne. M. Nélaton rapporte un cas cité dans la *Gazette médicale* de 1852 dans lequel on trouva une rupture du côlon produite par un coup de pied ; la mort eut lieu seize heures après.

Le mécanisme de ces ruptures est assez difficile à expliquer ; il

est même remarquable que, dans aucun des cas cités, il n'y a pas traces de contusion de la paroi abdominale. On admet assez généralement que l'anse intestinale sur laquelle agit la pression est rendue résistante par les aliments qu'elle contient, et que ce sont les inflexions de l'intestin qui empêchent le contenu de fuir sous la pression. Mais il faut, avant tout, avoir un point d'appui solide, et comme dans ce cas particulier l'anse rompue était située sur les parties latérales de l'abdomen, je ne sais trop si l'on peut admettre que la colonne vertébrale a servi de plan résistant, car il faudrait alors que le choc fût venu latéralement, et dans le sens latéral les fausses côtes auraient supporté la pression, et n'auraient pu la transmettre à l'intestin qu'après avoir subi elles-mêmes une solution de continuité.

---

9. M. *Guibert* montre le *cœur* d'un enfant d'un mois. Cet organe n'a que *deux cavités :* une oreillette et un ventricule. L'aorte naît de la partie antérieure droite du ventricule. Il est impossible de retrouver sur l'oreillette mutilée l'embouchure des veines qui y aboutissaient. Cet enfant, chez lequel on ne pouvait soupçonner pendant la vie une semblable altération, n'a point été ausculté ; il n'offrait d'ailleurs aucune coloration cyanique.

M. *Cruveilhier* fait remarquer que ces faits ne sont pas excessivement rares, que dans le cas présent c'est tout à fait la représentation du cœur à l'état embryonnaire. La cloison qui sépare les deux cœurs se forme habituellement de haut en bas ; mais ici il est curieux de voir que l'on n'en observe pas même le vestige.

---

10. M. *Brouardel* montre *un corps fibreux adhérent à l'utérus*, mais entièrement coiffé par l'ovaire droit, de telle sorte que l'on aurait tout aussi bien pu le considérer comme faisant partie de cet organe que de l'utérus. Une dissection attentive montra le pédicule mince et allongé qui unissait le corps fibreux à la matrice.

---

11. M. *Éd. Cruveilhier* fait voir un *rein unique*. Ce rein était situé à sa place normale du côté droit, et de ce côté seulement existaient une artère et une veine rénales. Du côté gauche, on ne trouva ni rein, ni uretère, ni orifice vésical de ce conduit.

M. Ed. Cruveilhier ajoute : Les anomalies du rein ne sont pas rares ; ainsi, tout le monde sait qu'on rencontre assez fréquemment les deux reins fusionnés en un seul au-devant de la colonne vertébrale, et de ce rein unique partent deux uretères. Mais les exemples de rein unique et ayant conservé sa situation normale ne sont pas communs, car nous nous garderons bien de confondre avec un rein unique et latéral les cas où l'un des reins déplacé occupe une région que l'on ne pense pas à explorer avec ceux où l'un des reins, atrophié ou converti en kyste, a pu échapper à l'investigation.

Voici ce qu'on trouve dans les auteurs au sujet d'un rein unique et latéral :

Meckel dit qu'un rein unique peut occuper l'emplacement accoutumé ; mais, ajoute-t-il, on reconnaît qu'il doit naissance à la réunion des deux, non-seulement parce qu'il est plus gros qu'à l'état normal, mais encore parce qu'il offre un rétrécissement à la partie moyenne et parce qu'on y observe aussi une multiplication dans les vaisseaux, la scissure, le bassinet et l'uretère. Ceci ne rentre pas dans les cas que nous avons observés, puisque le rein avait le volume, les vaisseaux et le conduit excréteur d'un rein normal.

Les *Bulletins de la Société anatomique* sont le seul recueil qui fasse mention de rein unique et latéral. Dans la 26e année (p. 39), on trouve cités trois cas de cette anomalie ; le premier, rapporté par M. Dufour, ne fait aucune mention des vaisseaux ; l'uretère et son orifice vésical manquaient à gauche. Le deuxième cas est cité de mémoire par M. Durand-Fardel. Le troisième, enfin, est donné sans aucun détail par M. Barth. De ces trois cas, le premier seul a de la valeur, puisqu'il venait d'être observé ; mais les pièces n'ont pas été offertes à la Société, et bien des détails ont été oubliés. Le fait rapporté dans les *Bulletins* de la 16e année, par M. Mascarel, offre un peu plus de détails. Le rein gauche, l'urèthre et son orifice vésical, les vaisseaux rénaux du même côté, manquaient aussi ; mais le fait est simplement communiqué.

La dernière observation remonte à la première année des *Bulletins*. M. Denonvilliers rapporte un cas de rein unique et latéral, mais il ne parle pas des vaisseaux; l'uretère manquait, ainsi que son orifice vésical.

Ces divers exemples sont bien tous l'expression de la même anomalie qui se trouve définitivement acquise à la science. Presque toutes les observations signalent l'intégrité de la capsule surrénale qui ne prenait aucune part à l'anomalie rénale. Dans le cas que j'ai présenté, la capsule était très volumineuse.

J'ai recherché si cette anomalie par défaut suivait la règle posée par M. Malgaigne, c'est-à-dire si elle était plus fréquente du côté gauche. Sur les six cas que j'ai trouvés dans les *Bulletins*, il y en a un, celui de M. Barth, où le côté de l'anomalie n'est pas indiqué; parmi les cinq autres, trois nous montrent l'anomalie à gauche et deux à droite. On voit donc qu'il n'y a aucune loi à poser d'après ce résultat.

---

12. M. *Ollivier* présente les organes génito-urinaires d'un homme dans la vessie duquel se trouvait une *sonde brisée;* il y avait, en outre, des *rétrécissements de l'urèthre*.

Paul Thomas, âgé de soixante et quinze ans, horloger, entra, seulement à cause de son âge, le 4 janvier 1860, à l'hospice des Incurables. Il a été militaire pendant dix ans et a fait les campagnes d'Italie, d'Espagne et d'Allemagne.

Vers l'âge de vingt et un ans, il eut une blennorrhagie qui fut négligée. Peu à peu le jet d'urine diminua, et alors le malade eut recours au cathétérisme, qu'il pratiqua lui-même. Lorsqu'il ne pouvait se procurer des sondes, il prenait des baguettes de coudrier, dont il enlevait l'écorce, et se les introduisait dans l'urèthre. Assez souvent ces manœuvres amenèrent des hémorrhagies.

A plusieurs reprises ce malade est entré dans les hôpitaux militaires, où il a été traité par la dilatation avec sondes à demeure. Après avoir quitté le service, il fut successivement soigné par divers chirurgiens. M. Leroy (d'Étiolles) pratiqua l'uréthrotomie. Il y a quinze ou seize ans, il entra à l'Hôtel-Dieu pour une infiltration d'urine, dans un des services de chirurgie, à la tête duquel se trouvait M. Chassaignac. On voit encore les traces d'incisions nom-

breuses à la partie interne et supérieure des cuisses, au scrotum et sur la verge.

Depuis cette époque, il n'a plus eu recours à personne et s'est sondé lui-même. Il parvenait à s'introduire dans l'urèthre des sondes rugueuses, et il pouvait même faire pénétrer dans la vessie un mandrin en fil de fer sans éprouver aucune douleur.

Lors de son admission à l'hospice, le cathétérisme n'était possible qu'à la condition d'employer des sondes d'un petit calibre.

Le 6 février, il entra à l'infirmerie avec une fièvre vive qui ne cessa plus ; l'appétit se perdit et un amaigrissement notable eut lieu. Le malade nous dit alors qu'il s'était brisé une sonde dans la vessie vers la fin de 1859.

M. Richet vint l'examiner à la prière de M. Gallard. Il pratiqua le toucher rectal, et, au niveau de la partie postérieure de la prostate, à travers l'épaisseur de celle-ci, il crut sentir un corps étranger, et, à sa rondeur, reconnut le fragment de sonde. Le malade, à ce moment, était d'une faiblesse extrême, et son intelligence était presque perdue. M. Richet jugea toute opération inutile. En effet, le soir même, le 10 février, le malade succomba.

Autopsie. — Adhérence entre la paroi postérieure de la vessie et l'S iliaque. Quand on chercha à rompre ces adhérences, on ouvrit un foyer purulent placé entre la tunique musculeuse de la vessie et le péritoine ; on trouva environ un verre de pus.

En comprimant la vessie, on constate aisément que le pus et l'urine passent par deux pertuis de la cavité vésicale dans celle du foyer purulent.

A droite et latéralement existe un autre foyer de même nature et occupant le même siége.

A l'ouverture de la vessie, on trouva au niveau du bas-fond un fragment de sonde long de 22 centimètres encroûté de phosphates calcaires, disposé presque circulairement et embrassant ainsi dans ce cercle le trigone vésical.

La vessie a une teinte ardoisée, verdâtre. Elle est très épaissie et en même temps se laisse déchirer facilement par la simple pression du doigt ; elle présente des colonnes charnues très épaisses, et, dans leur intervalle, des cellules dont une située à la partie latérale droite, offre une capacité telle qu'on pourrait y loger un œuf de poule.

Les uretères, de chaque côté, sont dilatés, le droit principalement.

Le rein gauche a son volume normal, mais le bassinet est un peu dilaté; quant au rein droit, la capsule surrénale et l'enveloppe adipeuse sont épaissies considérablement et très indurées; le bassinet est tellement distendu, que l'épaisseur du parenchyme rénal a diminué de moitié par suite de la compression.

L'urine contenue dans les uretères et le bassinet était manifestement purulente.

En parcourant avec le doigt tout le trajet de l'urèthre, on sent la muqueuse dure, rugueuse.

Il existe deux rétrécissements fibreux, l'un à la partie moyenne de la portion spongieuse, l'autre à l'union de cette portion avec la membraneuse. Sur le dernier, on voit deux cicatrices blanches parallèles au trajet de l'urèthre.

A la partie droite du verumontanum existe une ouverture presque circulaire de 4 à 5 millimètres de diamètre, et conduisant dans une cavité située dans le lobe correspondant de la prostate. Cette cavité pourrait loger un œuf de pigeon.

La prostate est augmentée de volume.

Les autres organes n'offrent rien d'important; seulement, dans le crâne, la pie-mère est infiltrée et présente un aspect gélatineux dans les deux tiers postérieurs des hémisphères cérébraux.

---

13. M. *Proust* montre le larynx d'un individu mort d'un *œdème de la glotte* et présentant une hypertrophie des glandes de la muqueuse laryngée.

Le 4 février 1860 est entré au n° 18 de la salle Saint-Augustin le nommé Leroy (Frédéric), âgé de trente-huit ans. Cet homme, qui exerce la profession de sculpteur, est marié; il a eu quatre enfants, qui se portent bien; lui-même a toujours joui d'une assez bonne santé; il est d'un tempérament lymphatico-nerveux; il est un peu maigre, mais jamais il n'a eu plus d'embonpoint.

Il y a deux ans sa voix, qui jusque-là était restée parfaitement claire, devint subitement enrouée; à ce moment également sa respiration parut plus embarrassée. Il s'inquiéta peu de ces troubles, qui depuis ne firent qu'augmenter; il suivit quelques traitements

insignifiants, mais ne se soumit jamais à une médication régulière et suivie.

Le jour de son entrée à l'hôpital, il offre à l'observation les phénomènes suivants :

Sa voix présente des altérations de timbre et d'intensité ; elle est extrêmement cassée, il parle seulement à voix basse, et ces modifications, très manifestes le matin, sont encore plus prononcées le soir. L'air, en traversant le larynx, fait entendre un bruit rude qui s'entend à distance ; chaque mouvement respiratoire, et surtout chaque effort de toux, sont suivis d'un sifflement laryngé. Ce sifflement se répète quelquefois sous forme convulsive et vient encore gêner la respiration. L'auscultation du larynx fait entendre un bruit rude, continu pendant les deux temps de la respiration, quoique plus prononcé au moment de l'inspiration. Les crachats, nombreux sont purulents, grisâtres, striés. Le malade a une toux assez fréquente qui le fatigue beaucoup ; il croit avoir un corps étranger dans le larynx, qu'il cherche à rejeter par des efforts de toux. Ces efforts provoquent un peu de douleur au larynx ; cette douleur ne se manifeste pas par une pression extérieure.

L'examen du larynx montrait, en arrière du pharynx et sur le côté gauche, une saillie peu prononcée, fluctuante ; cette saillie disparaît les jours suivants. On ne voyait, d'ailleurs, dans la gorge, aucune rougeur, aucune éruption. En abaissant fortement la langue on arrivait à l'épiglotte, qui ne présentait aucune altération : en touchant avec le doigt, on n'appréciait rien de morbide, ni à l'épiglotte, ni dans les parties voisines.

L'air pénétrait difficilement dans la poitrine, et l'on n'entendait aucun murmure respiratoire. La percussion indiquait une diminution de sonorité plus manifeste à droite et au sommet. La respiration, en outre, était difficile ; le malade avait l'haleine courte, il avait des accès de suffocation. Ces accès se montraient surtout la nuit, le soir. A ce moment, le malade avait aussi un peu de fièvre.

L'ensemble de ces divers symptômes montrait que le malade était atteint d'une laryngite chronique, d'une de ces formes auxquelles on donne le nom de phthisie laryngée. Notre examen devait remonter plus haut, et nous devions rechercher la cause de cet ensemble de symptômes. Existait-il une diathèse syphilitique, ou bien le malade était-il tuberculeux ? Dans ce dernier

cas, on pouvait encore se demander si l'affection laryngée n'était qu'une des manifestations, qu'une des localisations de la diathèse si c'était une laryngite tuberculeuse; ou bien si, sous l'influence d'une maladie laryngée primitive, inflammatoire ou autre, il y avait eu d'abord gêne de la respiration, et plus tard tuberculisation pulmonaire. Dans le premier cas, la tuberculisation se serait manifestée au larynx comme au poumon. Dans le second cas, le larynx eût été le siége d'un obstacle à l'entrée facile de l'air dans la poitrine, et, sous l'influence de cette gêne mécanique, il y aurait eu éveil de la diathèse.

La syphilis dut promptement être écartée; jamais le malade n'avait eu de chancres, de maux de gorge, d'éruptions à la peau, de croûtes dans les cheveux, de douleurs de tête, etc.; les ganglions n'étaient nullement augmentés de volume, aucune cicatrice sur le corps.

La nullité des renseignements fournis par l'auscultation rendait difficile le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire; la percussion et les crachats rendaient toutefois ce diagnostic probable; les signes fonctionnels ne donnaient pas non plus d'indications positives, le malade disait seulement avoir rejeté quelques crachats striés de sang il y a cinq à six mois. A cette époque, il avait toussé davantage; mais jamais il n'avait eu d'hémoptysie abondante, il n'avait pas eu de diarrhée, pas de sueurs la nuit, et il n'avait pas remarqué qu'il eût maigri. Ainsi, en admettant la phthisie comme probable, on ne pouvait la faire remonter à plus de six mois, et les troubles respiratoires étaient consécutifs aux manifestations laryngées.

Le traitement ordonné à ce malade consista en vomitifs trois fois répétés (du 4 au 14), deux fois avec l'ipéca, et une fois avec le sulfate de cuivre; en outre, quelques cautérisations à l'orifice du larynx avec une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent au 10°.

Pendant les huit premiers jours de sa présence à l'hôpital, l'état de ce malade ne varia pas sensiblement; mais, le 12, les accès de suffocation se montrèrent plus fréquents; sa respiration était beaucoup plus pénible; dans la nuit du 13 au 14, la gêne devint extrême, et, le 14 au matin, l'anxiété était complète; les lèvres violacées, les extrémités refroidies, la peau insensible, le pouls

petit, intermittent; la voix était encore conservée, tout en présentant les altérations déjà décrites. Quoiqu'on ne pût sentir l'augmentation des replis aryténo-épiglottiques, le malade avait une œdème de la glotte. On résolut de faire la trachéotomie; mais le malade, épuisé, asphyxié, succomba bientôt.

L'autopsie fut faite le lendemain et montra les lésions suivantes : le larynx fut enlevé, et, avant de l'ouvrir, on vit facilement que son calibre était rétréci; en effet, en versant de l'eau par l'orifice supérieur, l'eau s'écoulait avec peine par l'orifice inférieur. En incisant le bord postérieur, deux ordres de lésions se présentèrent immédiatement à l'observation : l'un à forme aiguë, les autres à forme chronique. Le repli aryténo-épiglottique gauche était injecté, rosé, dur, augmenté de volume. Sa surface était parsemée d'une foule de petits points rosés, faisant une saillie variable suivant leur volume : c'est à la présence de ces petits points qu'était due l'injection du bourrelet. Cette coloration, assez vive, occupait tout le repli aryténo-épiglottique gauche, qui, en outre, était induré, et plus volumineux que celui du côté opposé. En l'incisant, il paraissait infiltré d'un liquide dense, épais, présentant les caractères de la lymphe plastique.

Outre cette altération à forme aiguë, qui n'occupait que le repli aryténo-épiglottique gauche, le larynx présentait des modifications nombreuses et intéressantes. La muqueuse offrait dans toute son étendue une coloration violacée; en outre, elle était criblée de petites saillies inégales, très diversement disposées dans certains points, offrant dans d'autres une certaine régularité. Ces saillies se montraient sur les deux cordes vocales dans l'espace qu'elles circonscrivent. Au-dessous de la corde vocale inférieure, elles existaient encore, et là elles formaient un bourrelet plus saillant que la corde vocale inférieure, partout continu, et qui existait même en avant au-dessous des points laissés libres pour l'insertion des cordes vocales : ce bourrelet présentait une hauteur d'un millimètre environ. Au-dessous, les saillies disparaissaient, et la muqueuse de la trachée reprenait sa coloration normale. Il n'y avait aucune ulcération.

La muqueuse du larynx présentait une épaisseur plus du double de l'état normal; cette épaisseur était variable et différait suivant qu'il y avait ou non des saillies verruqueuses. Elle ne présentait

aucune ulcération, et l'examen microscopique montra l'intégrité parfaite de l'épithélium; on put même voir les cils vibratiles de cet épithélium cylindrique. La structure de ces saillies polypeuses fut celle des bourgeons charnus, et dans aucun point on ne vit d'éléments tuberculeux.

Les parties sous-jacentes à la muqueuse étaient parfaitement intactes; les muscles, les articulations, étaient d'une intégrité complète; le cartilage thyroïde seul présentait des points d'ossification.

Il y avait au-dessous du larynx, à la partie antérieure du premier anneau de la trachée, une éraillure : le cartilage était très aminci, presque perforé, la muqueuse trachéale était intacte; mais en avant et correspondant à cette éraillure, qui avait marché de dehors en dedans, on voyait un ganglion tuberculeux ramolli; ce ganglion était le seul qui existât dans cette région. On n'en voyait aucun autour du larynx.

En arrière du pharynx était une poche renfermant à peine du liquide qui paraissait provenir de la fonte tuberculeuse de quelques ganglions prévertébraux. Cette poche, longue de 8 centimètres environ, et large de 4 à 5, occupait surtout le côté gauche; elle répondait aux 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales. Enfin, les poumons étaient infiltrés de tubercules; les sommets offraient de petites excavations; ces altérations étaient surtout prononcées du côté droit.

---

14. M. *Houel* montre, au nom de M. Richard, une énorme *tumeur du testicule*. L'individu chez lequel elle a été enlevée était âgé de quarante ans. Le début de l'affection paraît remonter à deux ans. Cette tumeur, du volume de deux poings environ, n'a point à la coupe un aspect identique dans tous ses points. Ainsi on reconnaît très bien une partie enveloppante d'un blanc grisâtre assez foncé, dure et résistante dans certains endroits, plus molle dans d'autres, présentant une série de petits kystes à parois assez fermes. Vers le milieu, un peu vers la partie inférieure, se trouve une masse rougeâtre molle, bien limitée, dont la couleur et la consistance tranchent nettement avec le tissu enveloppant. Cette partie serait, pour M. Houel, le testicule dans le tissu duquel se

serait fait un épanchement sanguin. Il a pu là reconnaître, au moyen du microscope, les éléments des canaux séminifères. La portion circonférentielle serait constituée par l'épididyme dégénéré. Il y aurait en somme une lésion spéciale au testicule et une à l'épididyme. Le cordon était parfaitement sain, et le canal déférent poursuivi assez loin n'offrait aucune altération. La tumeur présentée à la Société de chirurgie aurait été considérée, à la suite d'un examen un peu superficiel il est vrai, comme de nature enchondromateuse. Ce qui confirmerait M. Houel dans cette opinion, c'est l'intégrité des ganglions abdominaux, bien qu'il n'ignore pas toutefois que ces sortes de tumeurs sont susceptibles de généralisation, et qu'il se rappelle très bien le fait présenté par M. Lefort, à la Société, il y a plusieurs années.

M. *Trélat* émet des doutes sur l'opinion de M. Houel, quant à ce qui concerne la nature de la tumeur; il lui fait voir, dans la portion circonférentielle, un point ramolli qui offre assez bien l'aspect du cancer.

M. *Houel*, dont l'attention n'avait pas été attirée sur ce point, observe que l'on ne peut à la coupe faire suinter de suc cancéreux.

M. *Cruveilhier* serait assez porté à croire que la partie rougeâtre de la tumeur est constituée seulement par un épanchement sanguin.

M. *Houel* dit qu'il sera facile de se convaincre que l'opinion émise par lui est exacte en soumettant le tissu à un nouvel examen microscopique.

M. *Luys* ne trouve pas là les caractères bien tranchés de l'enchondrome. Il fait remarquer qu'il existe parfois des tumeurs cancéreuses dont certaines parties sont fibreuses, et l'on sait combien le tissu fibreux a de tendance à devenir le siége de productions cartilagineuses.

M. *Dufour* revient sur les caractères que présente la portion molle de la tumeur. Pour lui, elle n'a pas l'aspect qu'offre habituellement à l'œil nu la substance testiculaire lorsqu'elle est le siége d'un épanchement sanguin.

M. *Trélat* fait remarquer que, si, comme le pense M. Houel,

l'épididyme est bien le siége de la dégénérescence, il n'offre pas ses rapports habituels avec le testicule, car il est bien plus fréquent de rencontrer alors cet organe refoulé ou non englobé dans son intérieur.

M. *Godard* prend la parole pour combattre cette opinion ; il a vu bon nombre de fois l'épididyme se comporter avec le testicule comme dans le cas présent ; il possède une série de dessins sur lesquels on pourra constater la disposition qu'il indique.

M. *Dufour*, après avoir examiné la tumeur au microscope, remet à la Société la note suivante : Dans les parties d'apparence cartilagineuse, il existe du cartilage avec tous ses caractères, comme on pouvait très facilement le voir, même à l'œil nu.

A la partie interne d'un des kystes, il m'a semblé trouver par le raclage quelques cellules d'épithélium pavimenteux, mais je ne saurais être affirmatif sur ce point ; enfin, dans la partie ramollie de la tumeur ayant l'aspect de matière cérébrale un ramollissement rouge, et où je ne pensais pas qu'on pût retrouver les éléments normaux de la glande, un grand nombre de noyaux de cellules qui, par leur forme, leurs petites dimensions, ne peuvent pas être regardées comme véritablement cancéreuses, mais bien comme une prolifération des éléments épithéliaux des tubes séminifères ; de plus, des globules sphériques sans noyaux plus ou moins granuleux, du volume environ des globules de pus, et qu'on rencontre normalement dans le sperme ou dans le liquide recueilli par expression d'une section du testicule sain. Quant aux tubes séminifères eux-mêmes, je n'en ai pas trouvé, mais j'ai souvent vu, dans les préparations, des apparences de tubes enroulés ou étalés, composés des éléments précités : noyaux et cellules. Ce n'était là pour moi que des fragments épithéliaux conservant encore la disposition qu'ils avaient naguère dans les tubes séminifères qui ont éclaté et ont disparu par l'abondance même de cette production épithéliale. Quelques tubes même peuvent exister, mais privés de leur caractère épithélial, plissés et enroulés sur eux-mêmes, il peut y avoir là quelque chose du tissu hétradénique de M. Robin. Une preuve, entre autres, c'est le diamètre de ces amas en forme de tubes ; j'ai trouvé à plusieurs un diamètre de 7 à 9 centièmes de millimètre, chiffre bien inférieur à celui des tubes normaux eux-mêmes, qui

est de 1 à 2 dixièmes de millimètre. Il s'agit là pour moi de tubes épithéliaux analogues à ceux qu'on rencontre dans l'urine, dans certains cas d'albuminurie, et provenant de desquamation des tubuli du rein, mais qui ne sont pas ces tubuli eux-mêmes.

En résumé, cette matière pulpeuse encéphaloïde ne me paraît pas être de nature cancéreuse vraie, mais épithéliale glandulaire. On y rencontre aussi quelques cellules fusiformes fibro-plastiques et du tissu cellulaire très fin, très délié. En exprimant le tissu fibroïde qui séparait deux portions cartilagineuses de celles qui m'ont été remises, j'en ai fait sourdre une pulpe analogue à celle de la portion ramollie de la tumeur, et offrant, au microscope, une multitude de noyaux et de cellules réunies, et rappelant les plaques épithéliales comme celles que j'ai mentionnées plus haut.

Quant à l'hémorrhagie récente dans la partie molle, je ne pense pas que ce soit une hémorrhagie limitée, comme on aurait pu le croire, ce ne serait qu'une hémorrhagie capillaire très interstitielle. On y rencontre bien çà et là, dans certaines préparations, un grand amas de globules du sang libres, mais nulle part un amas de fibrine, un caillot véritable; celle-ci ayant été très divisée n'apparaîtrait que sous la forme de granules moléculaires qui infiltent plus ou moins la masse des éléments épithéliaux, et de quelques petits caillots chargés de globules du volume d'une tête d'épingle.

---

15. M. *Ed. Cruveilhier* montre une *anomalie de la vésicule biliaire* caractérisée par la présence d'une double vésicule, d'un col unique donnant naissance à deux canaux cystiques.

A un premier coup d'œil, on ne trouvait qu'une duplicité du fond de la vésicule; mais, en enlevant l'enveloppe péritonéale, on voyait que la vésicule biliaire était double jusqu'au niveau de son col.

Du col devenu unique partaient deux conduits : l'un s'abouchait dans le canal hépatique, l'autre était coupé avec le canal hépatique, de manière que sa terminaison était inconnue; mais, d'après sa direction même, on pouvait supposer que ce second canal cystique devait, comme le premier, aller rejoindre le canal choléodoque.

Les anomalies de la vésicule biliaire ne sont pas communes;

car, en outre de l'atrophie sur laquelle Ollivier a fait un mémoire, on ne trouve aucun renseignement dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, Boyer, Cruveilhier, Sappey, le *Dictionnaire* en 30 vol., une phrase de Meckel, et ce dernier a écrit ce que j'ai trouvé de plus complet sur le sujet, car on ne trouve rien dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Meckel (*Manuel d'anatomie*, 3e volume, page 469) dit que la vésicule est quelquefois divisée par un rétrécissement en deux parties placées à côté l'une de l'autre, et que, plus rarement, une cloison longitudinale la divise en deux loges accolées l'une contre l'autre.

Si c'était là tout ce que contiennent les annales de la science, on voit que l'anomalie dont nous parlons serait la première observée, car ici il n'y a pas, comme dans le cas de Meckel, une cloison médiane, il y a deux parois bien distinctes. Ce que je crois encore non observé, c'est *un double canal cystique partant d'un col vésiculaire unique;* par malheur, la pièce enlevée sans soin, dans une autopsie, ne permet pas de déterminer où se rendait le deuxième canal cystique.

M. *Dufour* présente, au nom de M. Demarquay, deux tumeurs :

16. A. *Tumeur cancéreuse du col de l'utérus*. Amputation par la méthode de l'écrasement linéaire. — Madame B..., âgée de cinquante-sept ans, entre à la Maison municipale de santé dans le service de M. Demarquay. Elle porte depuis trois mois, dans le vagin, une tumeur considérable qui a donné lieu à de fréquentes hémorrhagies. En pratiquant le toucher, on constate la présence d'un cancer fongueux, assez irrégulier, s'implantant sur le col. Pas d'engorgement ganglionnaire. On procède à l'opération de la manière suivante : la tumeur est saisie par M. Demarquay avec une forte pince de Museux. Au-dessus et perpendiculairement à celle-ci, le chirurgien en fixe une seconde. Les deux pinces, confiées à un aide, assurent l'immobilité de la masse sans qu'aucune traction soit opérée sur elle. Une forte chaîne d'un grand écraseur, jetée par-dessus les pinces, est portée, après quelques efforts, sur le point d'implantation de la tumeur. L'écrasement est opéré en mettant un intervalle de quinze secondes entre chaque dent de l'instrument.

Un tamponnement simple termine l'opération. Nul accident consécutif ne se produit. On retire les tampons le 14 février.

M. Dufour remet la note suivante sur l'examen qu'il a fait de cette tumeur. Elle offre le volume du poing environ, et paraît entièrement constituée par l'expansion morbide du col de l'utérus. On y trouve les lèvres béantes du museau de tanche élargies, tapissées dans une petite étendue par une muqueuse normale. A l'intérieur de cette tumeur se trouve une cavité centrale anfractueuse qui, par sa situation et ses rapports, semble être le vestige de la cavité normale du col. Cette tumeur est tomenteuse et irrégulière à sa surface libre; elle est dure, lardacée, squirrheuse, et présente au raclage ou à la pression une pulpe caséeuse plutôt qu'un sac véritable. L'examen microscopique fait voir dans tous les points : 1° une énorme quantité de noyaux libres à gros nucléoles, ayant de 12 à 15 millièmes de millimètre de diamètre; 2° des granulations graisseuses libres ou déposées sur ces noyaux; 3° des cellules très irrégulières, aux formes les plus variées, contenant un ou deux gros noyaux; 4° de nombreuses plaques à noyaux multiplés. Ce sont là des formes histologiques d'un cancer du plus fâcheux pronostic. Il existe, en outre, quelques cellules fusiformes fibro-plastiques, mais en assez petit nombre.

---

17. B. La seconde tumeur est une masse charnue du volume d'une forte noix environ, provenant de la récidive d'une ablation du maxillaire supérieur, faite il y a un an, chez une femme, par M. Demarquay pour une affection sarcomateuse de cet os.

L'examen anatomo-pathologique de l'affection primitive figure déjà dans les *Bulletins de la Société* pour l'année dernière (janvier, p. 5). Un examen histologique fait concurremment par M. Robin et par M. Dufour arriva aux mêmes conclusions : que la tumeur était formée de tissu fibro-plastique (cellules fusiformes et noyaux libres).

La masse charnue récidivée était rouge, fongueuse, saignant au moindre contact; elle adhérait à la partie inférieure du plancher de l'orbite, et reposait, d'une part, sur la cloison nasale, et de l'autre sur la joue. L'ablation fut facile. Le point d'implantation fut ruginé et ensuite cautérisé au fer rouge.

M. Dufour remet la note suivante au sujet de l'examen microscopique :

Cette tumeur ne présente à la coupe aucun suc; elle est mollasse, ductile, n'a pas la consistance ferme des tumeurs fibroplastiques franches. A la coupe, elle semble composée d'un tissu feutré qui ressemble à celui des tumeurs fibreuses de l'utérus interstitielles; elle est composée uniquement de fibres-cellules musculaires de la vie organique. La singularité du fait nous a engagé à en faire un examen très attentif et très minutieux, qui n'a fait que confirmer notre première impression. Voici, entre autres, quelques mensurations prises sur les préparations que nous avons faites, et qui viennent confirmer notre opinion :

Avec l'objectif n° 7 (oculaire n° 1 de Nachet), le noyau d'une fibre-cellule a 11 millièmes de millimètre de long, 4 millièmes de millimètre de large; la fibre-cellule elle-même, 80 millièmes de millimètre de long.

Avec l'objectif 3 (oculaire n° 1 de Nachet), le noyau d'une fibre-cellule a 26 millièmes de millimètre de long, 3 millièmes de millimètre de large; la fibre-cellule, 195 millièmes de millimètre de long.

Une autre fibre-cellule a pour le noyau 16 millièmes de millimètre de long, 6 millièmes de millimètre de large; la fibre-cellule, 255 millièmes de millimètre de long sur 10 millièmes de millimètre de large.

Si l'on prend la moyenne de ces mensurations, on voit que le noyau avait, en moyenne, 17 millièmes de millimètre de long, 4 millièmes de millimètre de large; la fibre-cellule, 7 millièmes de millimètre de large sur 168 millièmes de millimètre de long.

Beaucoup de fibres-cellules dépassaient les plus grandes dimensions que nous venons de donner, et il n'était pas possible de confondre ces éléments avec les cellules fusiformes fibro-plastiques.

Ainsi, après le renflement du noyau, ces cellules ne s'effilaient pas longuement comme les fibro-plastiques, mais conservaient une forme rubanée dans leur plus grande étendue, pour ne s'effiler en pointe qu'à leur extrémité terminale. Beaucoup de fibres-cellules étaient plus larges que leur noyau; quelques-unes, cependant, étaient à peine plus larges que lui, si bien que nous n'avons compté que la largeur du noyau pour exprimer celle de la fibre-cellule;

quelques-unes des plus longues présentaient deux, et quelques-unes, très rares, trois noyaux; les noyaux présentaient un ou deux petits nucléoles punctiformes très peu marqués. En résumé, ces éléments offraient tous les caractères très nettement accusés des fibres-cellules musculaires de la vie organique; les noyaux seulement, au lieu d'être réduits à une sorte de ligne de trait, comme dans les fibres-cellules normales, étaient, dans celles-ci, plus accusées, en forme d'ovale très allongé; mais ce dernier caractère n'est pas indispensable pour les fibres-cellules, car, d'une part, dans les normales, on peut rencontrer quelques noyaux semblables, et, d'autre part, dans les cellules qui nous occupent, quelques-unes présentaient aussi le noyau réduit à une sorte de trait. Il ne s'agit ici que d'une différence d'âge des noyaux, comme nous avons affaire à une production récente, à des éléments jeunes où les noyaux ont encore conservé leur développement primitif.

Comment expliquer une production d'éléments histologiques semblables dans la cavité buccale?

Cette masse charnue aurait-elle eu son origine primitive vers le conduit de Sténon ou dans les parties profondes du derme de la joue, où l'on peut rencontrer cet élément histologique à l'état normal?

NOTE SUR DEUX CAS DE COAGULATION DU SANG DANS LES SINUS CÉRÉBRAUX, présentée à la Société anatomique par M. E. FRITZ, interne des hôpitaux.

Bien qu'Abercrombie ait étudié, dès 1818, les concrétions qui peuvent se former dans les sinus de la dure-mère, et que plusieurs travaux importants aient été publiés depuis sur cette question, c'est un sujet d'études qui est loin d'être épuisé, et la science manque de faits suffisants pour résoudre tous les problèmes qui s'y rattachent. C'est cette insuffisance des observations qui m'a engagé à présenter à la Société anatomique deux exemples de l'affection improprement désignée sous le nom de *phlébite des sinus*, que j'ai eu l'occasion de recueillir à l'hôpital des Enfants.

La première de ces pièces provient d'un enfant dont j'ai fait l'au-

topsie avec mon collègue, M. Gros, qui a bien voulu me communiquer les principaux détails de l'observation pathologique.

Obs. I. — Hippolyte-Henri Angibaud, âgé de onze ans, entra à l'hôpital des Enfants le 19 janvier 1858. Après avoir séjourné successivement dans plusieurs services, il passa aux scrofuleux (salle Saint-Marcou, n° 37), le 8 février. Il était atteint d'une gibbosité vers le milieu de la région dorsale, et portait de nombreuses fistules sur les parties latérales de sa bosse. Il fut traité par l'huile de foie de morue, l'iodure de fer et le vin de quinquina. Malgré son mal vertébral, il marchait, allait à l'école et mangeait avec appétit.

Dans les derniers jours du mois d'août, on s'aperçut que ses fistules donnaient plus de pus que de coutume; il manifesta de la fatigue et de l'abattement, mais il n'en continuait pas moins d'aller à l'école et de jouer, quand il fut pris subitement, le 28 août, de *vomissements*, d'abord alimentaires, puis bilieux, et accompagnés de *céphalalgie* et d'*assoupissement*.

Le 29, on le trouva dans son lit, couché sur le dos, les *traits contracturés*, poussant des gémissements et *ne répondant à aucune question*. Les *yeux* étaient agités de *mouvements convulsifs*, et quand ils restaient fixes, *leurs axes divergeaient*; les *pupilles* étaient *dilatées*. On constata en outre : *contractures* des extrémités inférieures; pouls lent et *irrégulier;* ventre dur, mais non rétracté; pas de selles depuis hier. (Ricin, sinapismes.)

Le 30, l'enfant *répond aux questions* qu'on lui adresse; la *contracture a cessé* au moment de la visite, mais elle *reparaît plus tard*. (Calomel.)

Le 31, le malade est dans le *coma* le plus complet; *contractures* comme le 29; *strabisme*, ventre fortement rétracté; quelques selles.

L'état de cet enfant ne changea guère jusqu'au 4 septembre, si ce n'est qu'il présenta, à plusieurs reprises, des *sueurs abondantes circonscrites* à la face, au cou et à la partie supérieure de la poitrine. Ce jour, à quatre heures du matin, éclatèrent des *convulsions* qui durèrent, en alternant avec de la *contracture*, jusqu'à une heure; puis l'enfant retomba dans le *coma* et l'anéantissement, et mourut à huit heures du soir.

A l'autopsie, faite dans la matinée du 6, on constata les lésions suivantes :

Encéphale. — Les vaisseaux de la dure-mère sont très apparents et remplis de sang. En incisant la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité.

Le cerveau est très mou, presque diffluent; l'arachnoïde est soulevée

par un liquide séreux abondant, contenant, dans quelques points, des flocons gélatineux; nulle part on ne distingue des granulations méningées. A la face antérieure de la moelle allongée, le tissu sous-arachnoïdien contient une tache fibrineuse, élastique, jaunâtre, assez consistante.

Les veines cérébrales supérieures et antérieures, au nombre de quatre ou cinq, des deux côtés, présentent l'aspect de lombrics, et sont oblitérées, dans l'étendue de quelques centimètres, à partir du sinus longitudinal, par des caillots brun-noirâtre, assez secs et élastiques, entremêlés de quelques points blanchâtres, faciles à détacher des parois veineuses qui ne paraissent pas altérées. A la surface convexe des hémisphères, ces veines sont perméables, mais gorgées de sang, ainsi que tout le système veineux du cerveau. Dans plusieurs points, d'ailleurs, et notamment dans la scissure interlobaire antérieure et dans les scissures de Sylvius, on voit une hypérémie arborisée, extrêmement serrée et intense, des méninges.

Les caillots veineux se continuent avec un caillot qui occupe toute la longueur du sinus longitudinal supérieur, et qui envoie également quelques prolongements dans les veines qui se jettent dans la partie moyenne du sinus. Cette concrétion présente, dans sa moitié antérieure, les mêmes caractères que dans les veines, et adhère légèrement aux parois; plus loin, elle se continue avec une masse blanc-grisâtre, tachetée de rouge, qui contient à son centre une bouillie couleur lie de vin, et qui adhère assez intimement, par ses couches périphériques, aux colonnes fibreuses de l'angle inférieur du sinus.

En arrière de ce point, le caillot s'amincit, ne remplit plus entièrement le calibre du sinus et présente l'aspect de la substance corticale du cerveau; il est gris-rosé, tacheté, grenu, assez mou, et son extrémité se prolonge un peu dans le pressoir d'Hérophile. Il est entouré de quelques caillots ambrés (d'agonie), qui s'en détachent facilement.

Nulle part les parois du sinus ne présentent les caractères de l'inflammation; elles sont lisses et nullement injectées.

Le sinus latéral gauche contient un petit caillot allongé, ovalaire, long d'un centimètre environ, à surface légèrement grenue, et présentant tous les caractères de quelques parties du caillot contenu dans le sinus longitudinal. Il est du reste parfaitement libre dans la cavité du sinus dont les parois ne sont nullement altérées.

Un petit caillot, du volume d'un pois, existe au niveau de la bifurcation d'une branche de l'artère pulmonaire, avec laquelle il n'a contracté aucune adhérence, et qui est parfaitement saine. Ce caillot présentait des caractères identiques avec ceux des concrétions contenues dans les sinus cérébraux. M. Gros, avec lequel j'ai fait cette autopsie, et M. le docteur

Degrusse qui y assistait étaient tous deux frappés de cette similitude complète.

Le tronc de l'artère pulmonaire contenait, d'ailleurs, un grand caillot d'agonie, ambré, prolongé dans l'oreillette droite; ce caillot n'avait aucun rapport avec la petite concrétion située plus loin.

Les caillots, d'apparence cérébriforme, renfermés dans les sinus latéral et longitudinal, présentaient, à l'examen microscopique, des caractères identiques; tous deux étaient formés par de la fibrine granuleuse, mélangée d'un grand nombre de leucocytes, de quelques gouttelettes graisseuses, et de globules rouges plus ou moins altérés. Ces caractères dénotaient suffisamment une coagulation assez ancienne.

Le gros caillot contenu dans l'artère pulmonaire était au contraire composé principalement de fibrine présentant un aspect fibrillaire très prononcé, de quelques globules rouges assez bien conservés et de très peu de leucocytes. Je n'ai pas pu, malheureusement, examiner au microscope la petite concrétion que j'ai signalée dans une des branches de l'artère pulmonaire, cette pièce ayant été égarée.

Les poumons ne contenaient pas de tubercules; il y en avait un dans l'un des ganglions bronchiques. La colonne vertébrale nous montra un bel exemple d'ostéite condensante. Au milieu de la gibbosité, située à la région dorsale, plusieurs corps vertébraux étaient détruits. Au-dessous de ce point, jusqu'au coccyx, un pus épais, comme butyreux, était accumulé entre la face antérieure des vertèbres et le surtout ligamenteux antérieur. Le pus avait fusé dans l'épaisseur même du psoas droit jusqu'au ligament de Fallope, au-dessus duquel il formait un foyer assez volumineux.

Il y a dans cette observation, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, deux faits également intéressants, et qui me paraissent de quelque importance pour l'histoire, aujourd'hui tant débattue, des concrétions sanguines formées pendant la vie. Il est d'abord évident pour tout le monde, je pense, que les caillots contenus dans le sinus longitudinal supérieur datent au moins de quelques jours, et qu'il est impossible de les assimiler aux caillots d'agonie ou cadavériques, avec lesquels ils n'ont pas la moindre analogie. Il me paraît tout aussi incontestable qu'il ne s'agissait pas ici d'une véritable phlébite des sinus, telle que l'entendait Tonnelé dans un certain nombre de faits, et telle qu'on l'observe, par exemple, à la suite de quelques otites internes; l'état des parois vasculaires, leur aspect lisse et poli, l'absence de rou-

geur et d'injection vasculaire, ne laissaient pas le moindre doute à cet égard.

C'est précisément cette absence de toute inflammation, comme cause de la coagulation, qui doit faire ranger ce fait parmi les oblitérations veineuses si fréquentes dans les phases ultimes de beaucoup de cachexies, et particulièrement chez les sujets qui se meurent de phthisie. C'est la *phlegmatia alba* des sinus cérébraux, dont M. Bouchut a publié un exemple il y a deux ans (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1857, n° 126), que John Davy avait observée, décrite et parfaitement interprétée dès 1839, et que Tonnelé avait déjà entrevue lorsqu'il présentait, en 1829, à l'Académie de médecine son mémoire sur les maladies des sinus cérébraux. La faiblesse de la circulation, suite de l'épuisement, peut-être une diminution dans la masse du sang et l'hydrémie ou quelque autre altération de sa constitution chimique : telles sont les causes auxquelles fort probablement on peut attribuer la coagulation du sang dans le sinus longitudinal, chez notre malade, de même qu'elles paraissent produire la précipitation de la fibrine dans les veines des extrémités chez les individus qu'une longue maladie a réduits au marasme.

Je ne crois pas qu'on puisse rapporter aux mêmes causes le petit caillot qui occupait l'une des branches de l'artère pulmonaire, et je n'hésite pas à admettre que ce caillot, et probablement aussi celui que contenait le sinus latéral gauche, n'étaient que des fragments détachés de la concrétion du sinus longitudinal. C'est un nouvel exemple de ces *embolies* sur lesquelles l'attention est fixée en ce moment, grâce aux recherches du professeur Virchow. On n'a pas, à ma connaissance, publié en France un exemple de cette migration pour des caillots formés primitivement dans les sinus cérébraux, et je ne connais qu'un seul fait de ce genre rapporté par M. Mikschick. (*Wiener Wochenschrift*, n° 15, 1855.)

J'ai, du reste, eu l'année passée l'occasion de faire une trouvaille analogue chez un enfant atteint d'une affection du rocher, qui s'était compliquée d'une oblitération du sinus latéral droit et d'une phlébite de la veine jugulaire interne.

Chez le petit Angibaud, la nature de l'affection n'avait pas même été soupçonnée pendant la vie, et nous croyions tous avoir affaire à une méningite tuberculeuse. Je ne pense pas néanmoins

que, comme le disent MM. Barthez et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*, 2e édition, t. II, p. 164), il soit toujours impossible de diagnostiquer la coagulation du sang dans les sinus cérébraux. J'ai pu au moins faire ce diagnostic il y a quelques jours chez un enfant qui est mort dans le service de M. Guersant. Voici dans quelles circonstances :

Obs. II. — Alexandre Oselle, âgé de trois ans et demi, entre à l'hôpital (salle Saint-Côme, n° 18), le 5 janvier 1859, pour une chute du rectum datant de six mois. Vivant dans la misère, et mal nourri, il a eu, dans les dernières six semaines, la rougeole et la variole, et ces deux maladies coup sur coup ont porté une grave atteinte à ses forces, déjà affaiblies par de tristes conditions hygiéniques. Quelques jours avant son entrée, il a été pris de coqueluche.

C'est un enfant pâle et débile; il a peu d'appétit, pas de fièvre. Les quintes de coqueluche sont assez fréquentes et intenses, et se terminent par des vomissements; la muqueuse rectale ne sort pas, malgré ces efforts répétés. Il prend, le 6 janvier, 0gr,40 d'ipéca.

Le 7, comme on constate des symptômes de bronchite capillaire, M. Guersant prescrit une potion avec 0gr,20 d'émétique et 6 grammes de sirop diacode. Cette médication, qui est tolérée d'emblée, est continuée le 8 et le 9; l'enfant passe des nuits plus tranquilles et tousse moins, mais, en même temps, les forces et l'appétit s'en vont; l'enfant ne mange plus; il est dans une prostration extrême, au point de ne plus pouvoir se tenir assis. Sa face est extrêmement pâle, et le pouls, sans diminuer de fréquence, devient de plus en plus misérable.

Dans la soirée du 9, l'enfant commence à *délirer*; le 10, à la visite du matin, il est très *affaissé* et *ne répond à aucune question*. La sensibilité générale est *émoussée*, mais non éteinte. L'extrémité supérieure gauche, soulevée, retombe comme une masse inerte; le membre inférieur gauche est aussi plus flasque que l'extrémité droite correspondante, laquelle présente au contraire un peu de *contracture* dans l'articulation du genou. Le membre supérieur droit ne paraît pas lésé dans ses fonctions.

La percussion donne une matité peu prononcée en arrière et à gauche, à la base du thorax, sans souffle. La respiration est difficile et oppressée; on remarque un léger écoulement sanguinolent par la narine droite, où se voit une petite ulcération à fond grisâtre, d'apparence diphthéritique.

La *face* est toujours *pâle*, nullement congestionnée; il n'y a guère de fièvre. — Un large vésicatoire est appliqué sur la poitrine.

Dans la journée, l'enfant est pris de *strabisme*. A la visite du soir, je

lui trouve la *face et le cou couverts d'une transpiration abondante;* pouls, 180, très petit; yeux hagards, un peu *divergents*, portés à droite; *pupilles très dilatées*, presque immobiles. Mon petit malade *n'a pas sa connaissance*, ne répond à aucune question. La *paralysie de l'extrémité supérieure gauche* est encore plus prononcée. Les trois autres sont un peu *contracturées;* les quatre extrémités présentent des mouvements réflexes à peu près également énergiques; mais lorsqu'on pince la peau de la face, l'enfant ne se sert que du bras droit pour se défendre; le gauche reste sur le lit comme un corps inerte.

Pas de vomissements; pas d'évacuations involontaires. Les quintes reviennent encore de temps en temps. (Sinapismes.)

Le 11, la *paralysie* de l'extrémité supérieure gauche est *moins prononcée*, et en partie remplacée par une légère contracture. L'enfant *comprend* évidemment les paroles qu'on lui adresse (il tire la langue, etc.), mais ne répond rien. Pas de sueurs. Le reste, comme hier soir. (Café au quinquina).

Dans la journée, il n'y eut pas d'accidents alarmants; l'enfant paraissait être de mauvaise humeur, il repoussait les personnes qui l'approchaient et les aliments, mais ne paraissait pas délirer, et n'avait pas de coma. Il mourut à deux heures du soir.

Autopsie, faite le 13, à dix heures du matin. Le crâne ouvert laissa écouler quelques cuillerées de sérosité. L'arachnoïde viscérale était soulevée par une assez grande quantité du même liquide. Les veines superficielles de l'encéphale étaient gorgées de sang noir, liquide ou poisseux. La substance cérébrale avait sa consistance normale; elle était le siége d'une congestion intense générale, un peu plus prononcée peut-être à droite qu'à gauche; sa surface de section était assez humide. Les plexus choroïdes des ventricules latéraux étaient tellement injectés que leur couleur était presque noire. Cependant les ventricules ne contenaient que quelques gouttes de sérosité.

Le sinus longitudinal supérieur contenait, outre du sang noir, liquide ou en caillots mous, une concrétion fibrineuse qui s'étendait depuis son extrémité antérieure jusqu'au niveau du pressoir d'Hérophile. Elle n'adhérait à ses parois, qui étaient tout à fait normales, que par quelques rares prolongements qui s'intriquaient dans les trabécules fibreuses de ses angles; elle n'oblitérait d'ailleurs pas complétement la cavité du sinus. Elle était cylindrique et avait un diamètre de 4 millimètres à son extrémité postérieure, qui se continuait avec quelques filaments fibrineux rougeâtres. Vers son milieu, elle était rubanée, aplatie, et son extrémité antérieure se terminait en pointe.

Elle était presque uniformément élastique, blanchâtre; sa résistance à des tractions et à la dilacération était à peu près celle du blanc d'œuf coa-

gulé. Dans quelques points on y voyait un pointillé rougeâtre ou des noyaux plus étendus de même couleur. Elle envoyait des prolongements décolorés comme elle, dans plusieurs veines d'origine du sinus; le calibre de ces veines était ainsi presque en entier oblitéré.

Le sinus latéral droit était occupé, dans toute sa longueur, par une concrétion fibrineuse, de forme rubanée assez régulière, longue de 9 centimètres, large de 4 millimètres environ, et offrant d'ailleurs les mêmes caractères physiques que le caillot contenu dans le sinus longitudinal. Elle était entourée de traînées de sang coagulé, rouges ou noires. Son extrémité postérieure se renflait et présentait la forme d'une massue, l'antérieure s'effilait en pointe. Elle était libre dans toute son étendue, et n'adhérait pas aux parois du sinus, qui étaient d'ailleurs parfaitement saines.

Les autres sinus étaient libres.

Le lobe moyen du poumon droit présentait une foule de points à l'état fœtal, accompagnés d'une bronchite capillaire, avec sécrétion purulente épaisse. Le lobe inférieur du poumon gauche était engoué et un peu friable, mais il crépitait sous la pression du doigt et surnageait.

Les autres viscères ne présentèrent rien de particulier à noter, si ce n'est un état anémique, surtout prononcé dans le foie et les reins.

Les symptômes cérébraux que présenta cet enfant étaient assez vagues, et en annonçant pendant la vie la coagulation du sang dans les sinus ou les veines de l'encéphale, je donnais le produit d'un calcul de probabilités plutôt que je ne portais un diagnostic direct. La marche rapide de l'affection éliminait toutes les maladies chroniques de l'encéphale, et d'autre part son apparition dans le plein d'un traitement rasorien ne permettait guère de songer à l'une de ces affections aiguës, telles que la méningite ou l'hydrocéphale aiguë, dont le caractère est essentiellement actif. Il n'était guère probable non plus qu'une hémorrhagie méningée se fût produite au moment même où les contractions du cœur allaient en s'affaiblissant, et où même les quintes de toux, si propres à exagérer la pression du sang, s'éloignaient.

Il y avait, d'ailleurs, dans la variabilité même des symptômes, dans l'irrégularité de leur marche et dans leur groupement, une analogie assez remarquable avec un certain nombre d'observations de coagulation du sang dans les sinus qui existent dans les auteurs. L'apparition de sueurs circonscrites à la face et au cou me rappe-

lait également le sujet de ma première observation, chez lequel j'avais remarqué ce symptôme. Mais ce qui venait surtout ajouter quelque probabilité à la présomption qui résultait de ce rapprochement, c'était l'analyse des conditions organiques si propres, chez cet enfant, à produire une coagulation veineuse : affaibli par des conditions hygiéniques déplorables et par plusieurs maladies consécutives, il était tombé, sous l'influence de l'émétique, dans une prostration extrême, et la faiblesse du pouls trahissait clairement le peu d'énergie de la circulation.

En outre des quintes de coqueluche, qui, tout en s'éloignant, revenaient encore de temps en temps, la complication pulmonaire devait contribuer pour sa part à ralentir la circulation du sang veineux, et cette dernière influence devait se faire sentir dans le crâne plus puissamment que partout ailleurs. On sait, en effet, de quel secours essentiel sont, pour ce système circulatoire, les inspirations profondes, et ici l'expansion pulmonaire devait être fort incomplète, qu'il y eût, d'ailleurs, une véritable pneumonie lobulaire, comme on l'avait supposé, ou seulement une bronchite avec atélectase, comme elle existait en réalité.

J'ai recherché chez cet enfant un signe indiqué récemment par le docteur Gerhardt (*Deutsche Klinik*, 1857, nos 45 et 46), qui a observé sept fois la coagulation du sang, ou, comme il dit, la *thrombose* des sinus cérébraux chez de jeunes enfants. M. Gerhardt a remarqué que, lorsque l'oblitération porte sur l'un des sinus latéraux, la veine jugulaire externe du même côté est moins remplie que celle du côté opposé. Rien de semblable n'existait chez mon petit malade.

L'examen de la pièce anatomique démontre qu'ici encore c'est d'une simple coagulation du sang, et non d'une phlébite des sinus, qu'il s'agit; au reste, les caillots sont évidemment de date plus récente que ceux de ma première observation, et l'on conçoit facilement que le sujet de celle-ci, moins affaibli que le petit Ozolle, ait pu résister plus longtemps.

Je ne pense pas que l'on puisse mettre en doute le rapport (plus ou moins direct) qui m'a paru évident entre les symptômes observés pendant la vie et la coagulation du sang dans les sinus. M. P. Guersant, qui a soulevé cette difficulté en présence de l'autopsie, n'a pas hésité à reconnaître que la congestion intense de

l'encéphale, alors que tout le reste de l'organisme était très anémié, et d'autre part l'épanchement de sérosité, suffiraient pour faire admettre un obstacle local à la circulation veineuse de l'encéphale, alors même qu'il ne serait pas tout donné. La coïncidence de la paralysie du bras *gauche* avec la présence d'une concrétion dans le sinus latéral *droit*, qui reçoit les veines cérébrales et cérébelleuses latérales et inférieures droites, viendrait, s'il le fallait, achever cette démonstration.

Rapport sur les observations précédentes, par M. A. LUTON.

Les observations de M. Fritz se rapportent à des cas de coagulation spontanée du sang dans les sinus de la dure-mère. Elles sont doublement importantes, en ce sens : 1° qu'elles démontrent très nettement ce qu'elles veulent prouver; 2° qu'elles répondent à une question qui est pour ainsi dire à l'ordre du jour.

Les sinus de la dure-mère, en définitive, sont des veines, et par suite leur histoire pathologique doit reproduire de tous points les détails se rapportant au système veineux général. Parmi les altérations morbides propres à ce système, il n'en est aucune qui ait donné lieu à plus de discussions que la phlébite, ce mot étant employé dans son sens le plus indéfini. Il suffirait donc d'appliquer aux sinus de la dure-mère tout ce qu'on a dit à ce sujet, si une démonstration directe n'était pas toujours préférable à une simple et trop facile généralisation. Cette démonstration a déjà été entreprise depuis longtemps par divers auteurs: mais les esprits sont loin d'être fixés à ce sujet, et puisque l'occasion d'éclairer quelques doutes se présente à nous aujourd'hui, il faut en profiter. Je vais donc étudier successivement les particularités anatomo-pathologiques, les circonstances étiologiques et les signes cliniques qui ressortent des faits de M. Fritz.

Les caractères de l'oblitération spontanée des sinus de la dure-mère sont au nombre de trois principaux. Ils se tirent : 1° de l'aspect des parois du canal veineux; 2° des apparences et des qualités du coagulum; 3° des circonstances au milieu desquelles se produisent ces coagulations dites spontanées.

Les faits de M. Fritz satisfont à ces trois ordres de caractères, dont la valeur relative, du reste, n'est pas égale.

Le plus important et le plus absolu des trois est bien certainement celui qui se rapporte à l'aspect des parois des sinus oblitérés. Celles-ci ne doivent offrir aucune altération dans le cas de coagulation spontanée ; elles ne sont ni rouges, ni épaissies, ni adhérentes aux parties voisines. Leur disposition, au point de contact avec le coagulum, est moins importante à mentionner, car elle peut varier suivant l'âge de l'altération et les transformations ultérieures subies par le caillot. Les signes anatomiques de la phlébite proprement dite sont précisément inverses des précédents ; les parois du canal veineux sont injectées, épaissies, adhérentes aux parties voisines. L'aspect du caillot, dans ce cas, est également variable. C'est dans la tunique du vaisseau que la phlébite laisse ses traces ; en effet, l'inflammation est avant tout une altération des solides. Or, « nulle part, dit M. Fritz (première observation), les parois des sinus ne présentent les caractères de l'inflammation ; elles sont lisses et nullement injectées. Dans la deuxième observation, les parois des sinus oblitérés sont tout à fait normales. Comme, du reste, l'affection dans les deux cas était récente, la surface interne des sinus était encore lisse et luisante, et les caillots n'adhéraient que faiblement aux parois, ou même n'offraient aucune adhérence avec elles.

En regard de ce qui précède, il serait intéressant de mettre les détails se rapportant à des exemples de phlébite vraie des sinus, qui sont quelquefois observés à la suite de plaies de tête, de caries du rocher et d'otorrhée cérébrale. Entre autres citations, je me contenterai de renvoyer aux observations IV et V du *Traité des maladies de l'encéphale*, par Abercrombie, et au mémoire de M. Tonnelé (*Archives générales de médecine*, première série, t. XIX, p. 456 et 610 ; 1829).

Malgré cette différence si évidente qui existe dans l'aspect des parois des sinus dans les deux cas d'oblitération spontanée et de phlébite vraie, on confond encore très souvent entre elles ces deux lésions. L'année dernière, deux observations de MM. Gellé et J. Gibert, intitulées : *Phlébite des sinus de la dure-mère*, et qui ont fait l'objet d'un rapport fort remarquable, dû à notre collègue M. le docteur Genouville, ont été publiées dans les *Bulletins de la Société*. Ces faits sont bien contestables au point de vue anatomo-pathologique. Dans le cas de M. Gellé, il n'est pas fait mention de l'état

des parois des sinus oblitérés. M. J. Gibert s'exprime ainsi : « Les parois du sinus, y compris la membrane interne, sont *très saines*, » et cependant il intitule son observation : *Phlébite du sinus latéral*. A côté de cela, on note dans l'observation de M. Gellé une altération des parois de certaines veines cérébrales qui sont infiltrées de lymphe plastique, et dans le fait de M. Gibert une phlébite vraie de la jugulaire interne gauche dont la membrane externe est épaissie, friable et adhérente aux parties voisines ; c'est-à-dire qu'on peut affirmer que ces deux cas ne sont point relatifs à des phlébites des sinus, mais que les sinus ont été oblitérés par des caillots secondaires produits par suite d'une phlébite vraie développée dans leur voisinage. Il ressort de la discussion qui précède que la confusion règne encore dans les esprits au sujet de la phlébite des sinus de la dure-mère, et que cette confusion résulte de ce qu'on n'a point recours à un caractère unique pour définir anatomiquement la phlébite. On trouverait pourtant ce signe physique et invariable dans l'examen des parois des veines et des sinus.

Le second caractère de l'oblitération spontanée des sinus se tire des apparences du coagulum oblitérant. Je dis que cette circonstance est moins importante et moins significative que celle qui précède. Ni la couleur du caillot, ni son mode d'adhérence aux parois, ni même la présence ou l'absence d'une matière puriforme à son centre, ne suffisent à distinguer le caillot de la phlébite vraie du caillot de la coagulation spontanée. On peut dire qu'on a trouvé toutes les variétés d'aspect dans les caillots veineux, quelles que soient les circonstances au milieu desquelles ils se sont formés. Les faits relatifs à cette question sont déjà assez nombreux dans la science sans avoir pu la décider entièrement et convaincre tous les esprits. Mais le point qui trouve le plus d'incrédules, c'est la présence de cette matière puriforme au centre de caillots qui ne semblent pourtant pas appartenir à des cas de phlébite vraie. Sans vouloir revenir sur la discussion relative à une distinction réellement impossible à établir entre les globules de pus et les globules blancs de sang, je ne puis pourtant m'empêcher de mentionner ici un fait qui m'est personnel et que je tiens à reproduire, parce que je l'ai précisément étudié au point de vue de la question qui m'occupe en ce moment.

Oss. — Une femme âgée de vingt-six ans, récemment accouchée, succombe en présentant un œdème considérable des deux membres inférieurs. On avait diagnostiqué pendant la vie une double *phlegmatia alba dolens*, et une oblitération successive des deux veines fémorales.

A l'*autopsie*, je trouvai un gros caillot oblitérant la veine cave inférieure, à partir de l'insertion des veines rénales, et s'étendant dans les veines iliaques primitives et dans toutes les veines du bassin et des membres inférieurs. Depuis la limite supérieure jusqu'au niveau des veines hypogastriques, le caillot offrait les caractères suivants : il était extérieurement d'un blanc jaunâtre, et avait la fermeté d'une fausse membrane en voie d'organisation. Son centre était occupé par une matière ayant l'aspect d'un pus phlegmoneux louable. Au microscope, je constatai que cette matière était formée de granulations fibrineuses, de gouttelettes huileuses, de débris amorphes nombreux et de *globules de pus* ou de *leucocytes :* ceux-ci, relativement peu nombreux, offraient un commencement d'altération qui les faisait ressembler à des corpuscules tuberculeux. Du reste, les parois des veines étaient partout saines, lisses, brillantes, non injectées et non épaissies ; les caillots n'y adhéraient que faiblement, quoique suffisamment pour amener une oblitération complète. Les sinus utérins étaient obturés par des caillots à aspect caséeux, rappelant un peu les caractères des caillots décrits ci-dessus ; seulement leur ramollissement semblait moins avancé que dans les veines dans lesquelles ils se déversaient.

Ce cas, observé dans les circonstances puerpérales, où la purulence est une chose si ordinaire et a une si grande tendance à se manifester, ne serait pas pour moi décisif, si je n'avais pas eu l'occasion de rencontrer plus tard, chez un phthisique, un gros caillot dans la veine cave inférieure n'oblitérant pas entièrement sa cavité. Ce caillot avait l'aspect extérieur observé dans le fait précédent, et renfermait une matière purulente identique par ses caractères microscopiques avec ceux que j'ai relatés plus haut. Il résulte donc de ces exemples rapidement indiqués, et d'autres encore connus dans la science, que la présence d'une matière puriforme, au centre d'un caillot oblitérateur, ne suffit pas pour caractériser une phlébite vraie ; il faut, de plus, que les parois de la veine offrent une altération évidente.

Mais cette discussion ne me dispense pas d'indiquer l'aspect que présentaient les caillots dans les faits de M. Fritz. Je transcris ce que M. Fritz dit dans sa première observation d'un caillot occupant

la moitié postérieure du sinus longitudinal supérieur : « C'est une masse d'un blanc grisâtre, tachetée de rouge, qui contient en son centre une bouillie couleur lie de vin, et qui adhère assez intimement par ses couches périphériques aux colonnes fibreuses de l'angle inférieur du sinus. » L'examen microscopique de ce caillot révèle les détails suivants : fibrine granuleuse mélangée d'un grand nombre de leucocytes, de quelques gouttelettes graisseuses et de globules rouges plus ou moins alterés. C'est la reproduction presque exacte de ce que j'ai dit précédemment à propos du fait qui m'est personnel.

Dans le deuxième cas, le coagulum principal, occupant le sinus longitudinal supérieur, est blanchâtre, élastique, et présente un pointillé rougeâtre et des noyaux plus étendus de même couleur. Il n'adhère point aux parois du sinus, mais il est intriqué dans les filaments qui cloisonnent celui-ci. Ici on ne trouve plus au centre du caillot une bouillie couleur lie de vin; l'adhérence aux parois est moindre que dans l'autre fait. Mais dans le premier cas, l'enfant avait survécu huit jours au début des accidents cérébraux; dans le second, la mort était survenue au bout de deux jours. Les deux caillots n'étaient donc pas de même âge et ne pouvaient par suite offrir le même degré de transformation.

Les conséquences, pour ainsi dire mécaniques, de cette oblitération des sinus, se lisent très nettement dans les observations de M. Fritz. Dans les deux cas, les veines cérébrales sont gorgées d'un sang noir à demi coagulé, et il éxiste un épanchement sous-arachnoïdien très abondant. Le premier fait présente de spécial une hypérémie arborisée et très serrée, occupant la scissure interhémisphérique et le fond des scissures de Sylvius, et une infiltration de la substance nerveuse, qui est molle et diffluente. Dans le second cas, on note une congestion cérébrale intense, surtout à droite, et un engorgement des plexus choroïdes, qui sont noirs et turgescents. Mais il n'est question ici ni de ramollissement rouge ou blanc d'un point circonscrit de la substance cérébrale, ni d'épanchement intra-ventriculaire, ni de suffusion sanguine dans l'épaisseur des méninges.

Une particularité curieuse est notée dans la première observation de M. Fritz : c'est l'existence, au niveau de la bifurcation d'une branche de l'artère pulmonaire, d'un petit caillot ayant tous les

caractères du coagulum occupant le sinus latéral gauche. Ce petit caillot est libre de toute adhérence, et les parois de l'artère pulmonaire sont saines. M. Fritz n'hésite pas à considérer ce fait comme un exemple de la migration d'un fragment détaché du caillot encéphalique; en un mot, il s'agirait ici d'une *embolie*. Mais le caillot émigré est bien petit, et le désir de trouver des embolies bien grand. Du reste, M. Fritz a découvert un cas analogue au sien dans la science; il a été observé et rapporté par M. Mikschick. (*Wiener Wochenschrift*, n° 15, 1855.)

Le troisième caractère propre aux coagulations spontanées du sang dans les sinus de la dure-mère, est d'un autre ordre que les précédents. Il a l'avantage de pouvoir être apprécié durant la vie et de fournir un élément précieux pour le diagnostic. Il s'agit des circonstances au milieu desquelles se produisent ces coagulations. En général on les observe, soit dans l'état puerpéral, soit dans le cours ou à la fin de certaines maladies cachectiques, telles que le cancer ou la tuberculose. Les faits appartenant à la catégorie des états cachectiques forment un groupe à part assez distinct pour avoir été décrits par Virchow sous le titre de *thrombose par marasme*.

Dans l'un des cas de M. Fritz, c'est un enfant affecté de mal de Pott, affaibli par une suppuration de longue durée; en un mot, c'est un tuberculeux. Dans l'autre observation, on voit un enfant ayant souffert de la misère, épuisé par une succession de maladies de plus en plus fâcheuses, et qui finit par succomber à une bronchite capillaire. M. Fritz paraît attribuer à l'émétique administré à haute dose dans cette occasion une certaine influence sur la coagulation du sang dans les sinus, comme ayant abattu les forces et ralenti la circulation. Cette opinion n'est pourtant pas conforme à ce qu'on admet généralement au sujet des antimoniaux, qui paraissent, au contraire, combattre efficacement la tendance à la plasticité du sang observée dans les maladies inflammatoires. En vertu même de cette plasticité, on ne saurait nier que les phlegmasies ne prédisposent pas elles-mêmes à ces coagulations spontanées du sang contenu dans ses vaisseaux. C'est peut-être ce qui a eu lieu dans la seconde observation de M. Fritz, bien qu'il ne paraisse avoir tenu aucun compte de cette circonstance. Du reste, la raison matérielle est à peu près la même dans les deux cas de phlegmasie ou

de cachexie : c'est la forte proportion de fibrine circulant avec le sang et se précipitant avec la plus grande facilité dès que la circulation languit ou dès qu'il se trouve sur le trajet du courant sanguin un obstacle qui peut servir de noyau au coagulum. A ce propos, on remarquera que les sinus de la dure-mère sont très bien disposés pour être le siége de ces coagulations spontanées. Ces cloisons incomplètes, ces filaments fibreux, qui se rencontrent dans leur cavité et qui leur donnent une certaine ressemblance avec les tissus caverneux, le mode d'insertion des veines cérébrales sur les sinus qui constitue une gêne pour la circulation, sont des circonstances favorables pour la formation des coagulum fibrineux dans l'intérieur des sinus de la dure-mère. Leur fréquence serait peut-être encore plus grande si les mouvements respiratoires n'exerçaient pas une influence directe et très énergique sur la circulation cérébrale.

Après avoir établi les caractères anatomiques et l'étiologie des thromboses cérébrales, il me reste à mentionner leurs conséquences cliniques déduites des faits observés par M. Fritz. Il faut bien en convenir tout de suite, les points communs entre les deux descriptions ne sont pas nombreux. Il serait difficile de faire concorder celles-ci dans un même tableau. Dans l'un des cas, les phénomènes de contracture dominent, il y a un accès de convulsions cloniques survenu peu de temps avant la mort ; dans l'autre cas, le fait le plus remarquable est une paralysie des membres supérieur et inférieur gauches : il est vrai que le membre supérieur droit est contracturé, et que plus tard les phénomènes paralytiques disparaissent et font place à une contracture qui devient ainsi presque générale. Dans le premier fait, on note de la céphalalgie et du coma ; dans l'autre, un délire qui cesse bientôt : la mort survient en pleine connaissance. Le premier malade survit huit jours au début des accidents cérébraux, le second est emporté en deux jours. Les deux observations présentent, en commun, un strabisme divergent, la dilatation de la pupille et une sueur partielle limitée à la face, au cou et au-devant de la poitrine. M. Fritz paraît accorder une certaine importance à ce dernier symptôme. Si l'on veut savoir sur quelles bases incertaines repose le diagnostic de la thrombose cérébrale, je dirai que c'est ce phénomène de la sueur locale qui a permis à M. Fritz de soupçonner, avant la mort de son second malade, l'existence de caillots fibrineux dans les sinus de la dure-mère.

La circonstance de l'état de marasme auquel l'enfant était réduit a bien été pour quelque chose dans ce diagnostic un peu risqué, et pourtant la cachexie spéciale était moins évidente que dans le premier cas observé, où les symptômes ont été plus tranchés.

D'ailleurs, on conçoit aisément comment il est impossible d'avoir une symptomatologie uniforme et d'arriver à un diagnostic précis, quand on songe aux dispositions variées que peuvent prendre les caillots dans les différents sinus, et aux conséquences diverses de l'oblitération, qui amène, tantôt une congestion cérébrale intense et un épanchement séreux sous-arachnoïdien, et tantôt, outre ces accidents nécessaires, soit une suffusion sanguine dans les méninges, soit une hypérémie inflammatoire, soit enfin un ramollissement de la substance nerveuse.

Il est encore un autre caractère de ces coagulations spontanées considérées au point de vue de leur diagnostic durant la vie, c'est la mobilité des symptômes auxquels elles peuvent donner lieu. Ainsi, dans la seconde observation de M. Fritz, on voit l'hémiplégie, qui s'est montrée d'abord, disparaître et faire place à des accidents de contracture. C'est que, dans ce cas, la circulation n'était pas entièrement interrompue dans les sinus, les caillots ne remplissant pas exactement leur cavité, et qu'elle se rétablissait périodiquement, bien que restant toujours imparfaite. Notons en passant que l'hémiplégie atteignait le côté droit du corps, et que le sinus latéral gauche était occupé par un coagulum fibrineux.

A l'exception de cette dernière particularité assez spéciale, nous ne pouvons mentionner dans les faits de M. Fritz aucun de ces symptômes plus significatifs qui sont indiqués dans certaines observations, et que M. Genouville a collationnés avec soin dans son rapport, tels que l'œdème limité à la paupière supérieure ou à un côté de la figure, ou que l'exophthalmie, le chémosis séreux et l'infiltration générale de la face. Il n'a pas été non plus donné de constater dans la deuxième observation de M. Fritz le signe indiqué par Gerhardt (*Deutsche Klinik*, 1857, n° 45 et 46), qui a vu sept cas de coagulation du sang dans les sinus chez de jeunes enfants. Ce signe consiste en ce fait que, lorsque l'oblitération occupe l'un des sinus latéraux, la veine jugulaire externe du même côté est moins remplie que celle du côté opposé.

En résumé, et comme conclusions scientifiques du travail de

M. Fritz, travail confirmatif de ce qui a déjà été dit sur le même sujet, il est évident :

1° Que les coagulations spontanées du sang dans les sinus cérébraux ont été observées pendant la vie en dehors du cas de phlébite proprement dite.

2° Que le caractère anatomo-pathologique tiré de l'aspect des parois des sinus oblitérés constitue le meilleur signe distinctif entre la thrombose cérébrale et la phlébite vraie.

3° Que ces coagulations spontanées ont pour conséquence habituelle l'engorgement des veines cérébrales, l'épanchement séreux sous-arachnoïdien, l'hémorrhagie méningée, le ramollissement du cerveau, et peuvent même être le point de départ d'*embolies*.

4° Que les circonstances dans lesquelles on les observe sont semblables à celles qui font coaguler le sang dans les autres parties du système veineux pour constituer la thrombose des veines, ou autrement la *phlegmatia alba dolens*.

5° Qu'à la rigueur on peut reconnaître cet accident pendant la vie.

6° Enfin, il ressort de tout ce qui précède qu'il est de la plus grande importance d'examiner l'état du sinus dans les cas d'apoplexie séreuse, d'épanchement sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire, d'hémorrhagie méningée, de ramollissement blanc du cerveau, etc.

XXXVe ANNÉE. — MARS 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tumeurs cancéreuses du crâne et de l'orbite. — 2. Albuminurie aiguë. — 3. Affection du cœur, oblitération de l'artère pulmonaire, apoplexie du poumon. — 4. Absence de l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus, fistule recto-uréthrale. — 5. Incrustations calcaires de la capsule fibreuse de la rate. — 6. Cancer de l'utérus et du vagin, péritonite. — 7. Méningite, lésion ancienne de l'os occipital et de l'extrémité postérieure du lobe cérébral droit. — 8. Diathèse cancéreuse. — 9. Anomalie vasculaire, hernie inguinale, pieds bots. — 10. Tubercules de la plèvre et du péritoine. — 11. Gangrène de l'intestin grêle, péritonite. — 12. Fistule urinaire ombilicale.

OBSERVATIONS. — Description d'un fœtus acéphale, par M. le docteur Alexis Moreau.

Tumeur cancéreuse du cerveau, par M. Baudot; — Rapport sur l'observation précédente, par M. Alf. Fournier.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Lemarchant* présente des *tumeurs cancéreuses du crâne et de l'orbite.* — C... âgée de vingt-neuf ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 22 août 1859, dans le service de M. Chassaignac, pour se faire opérer d'une tumeur du sein droit, qu'elle porte depuis six mois, et dont elle attribue le développement à un coup sur cette partie. La cause occasionnelle qu'elle invoque a précédé de cinq mois l'apparition de la tumeur. Sauf un peu d'anémie, l'état de santé est assez florissant. La peau qui recouvre la tumeur est adhérente, et le mamelon fortement rétracté. La tumeur offre le volume du poing; sa base semble faire corps avec le grand pectoral. En même temps, on constate une exophthalmie qui s'exagère lorsque l'on exerce une pression sur les paupières du côté gauche; l'œil est alors, pour ainsi dire, luxé. La tempe de ce côté est aussi le siége d'une tumeur assez douloureuse à la pression.

Ces phénomènes, datant d'un mois environ, ont été suivis de troubles dans la vision : brouillard, affaiblissement de la vue ; peu de douleurs, du reste.

L'amputation du sein faite dans ces conditions, le 25 août, ne présente rien de remarquable. Une rougeole, qui se développe dix jours plus tard, imprime à la plaie, pendant sa durée, un caractère assez mauvais; puis tout rentre dans l'ordre, et le 25 septembre la solution de continuité est cicatrisée.

Le 1er janvier 1860, il n'y a pas eu de récidive sur place, et la cicatrice est parfaite; mais l'état général s'est aggravé, et la malade est maintenant dans un état de cachexie profonde. L'exophthalmie est devenue très marquée. L'œil, chassé de l'orbite par une tumeur volumineuse, fait saillie hors des paupières. Des douleurs violentes se font sentir dans toute la tête. Dans les derniers jours de son existence, la malade est un peu assoupie, mais elle répond facilement aux questions qu'on lui adresse, et ne présente aucun trouble du côté de la motilité ou de la sensibilité. La mort est arrivée dans cet état le 26 février.

Autopsie. — On trouve des masses cancéreuses disséminées dans la plupart des organes. On en rencontre quelques-unes dans le poumon; le feuillet viscéral du péricarde est aussi soulevé par deux ou trois petites productions de même nature. Dans le foie, elles sont plus nombreuses, et quelques-unes d'entre elles atteignent le volume d'un œuf de poule. La vésicule est saine; il en est de même de l'estomac et de la rate. Le rein droit renferme quelques masses cancéreuses disséminées dans la substance tubuleuse.

Les corps des vertèbres et les os iliaques renferment une quantité notable de tissu cancéreux qui semble infiltré dans la substance spongieuse de ces os. Une tumeur de même nature soulève le périoste et vient faire saillie dans la fosse iliaque droite. On observe des productions analogues au voisinage des articulations vertébro-costales des cinquième et sixième côtes gauches. Ces os eux-mêmes leur ont donné naissance.

Les os des membres n'ont pu être examinés. Il n'y avait aucune tumeur appréciable à la palpation sur leur continuité.

En enlevant la calotte crânienne, on voit, au sommet de la voûte et sur les pariétaux, quatre tumeurs dont la plus volumineuse pré-

sente 6^{m},04 de diamètre. Ces productions également cancéreuses semblent avoir pris naissance dans le diploé, et ont perforé de part en part la voûte crânienne. Elles font peu de saillie au dehors.

La base du crâne présente quatre tumeurs de même nature que les précédentes, mais beaucoup plus volumineuses qu'elles. L'une d'elles, dont l'existence avait été notée pendant la vie, siége à l'union du frontal avec l'os malaire du côté gauche, et est venue s'épanouir au dehors, après avoir perforé ces deux os ; une autre, située dans la fosse temporale du même côté, a fait également saillie à l'extérieur. La troisième fait aussi hernie hors du crâne, et, en dedans, vient soulever la dure-mère au niveau du sommet du rocher du côté droit. La quatrième, enfin, cause de l'exophthalmie signalée plus haut, a envahi, outre l'orbite, les sinus sphénoïdaux, les sinus frontaux, et a érodé la paroi des fosses nasales. Cette tumeur comprime le lobe frontal gauche et le nerf optique de ce côté en avant du chiasma. Les deux nerfs olfactifs et la partie interne du lobe antérieur droit ont aussi subi une forte compression. Dans tous les points correspondants à ces tumeurs, la dure-mère est adhérente à leur périphérie, mais peut cependant être séparée asses facilement, et ne semble pas leur avoir donné naissance. Pour la plupart d'entre elles, pour celles surtout qui ont acquis peu de développement, on peut rapporter au diploé leur siége primitif.

Dans tous les points où ces tumeurs font saillie à l'intérieur du crâne, la substance cérébrale est refoulée, déprimée, et présente des excavations profondes. Deux d'entre elles surtout pouvaient loger la moitié d'un œuf de dinde. Dans les points où le tissu morbide forme ces reliefs, le cerveau est parfaitement sain. A sa surface, comme au niveau des coupes pratiquées dans son épaisseur, on ne trouve aucun changement dans son aspect extérieur. Il n'existe aucune trace d'inflammation ou de ramollissement.

---

2. M. *Fritz* montre :

a. Le *rein* gauche d'un homme mort dans le service de M. Aran, à la suite d'une *albuminurie aiguë*. Cet homme, âgé de trente ans, terrassier, entra à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Joseph,

n° 8), le 20 février. Il avait eu antérieurement deux rhumatismes articulaires généralisés : l'un, qui dura six semaines, en 1850 : l'autre, qui se prolongea pendant deux mois malgré l'emploi du sulfate de quinine, en 1859 ; la dernière atteinte s'accompagna de palpitations qui ne tardèrent pas à disparaître.

Quinze jours avant son entrée, cet homme resta deux jours entiers dans l'humidité en épuisant un réservoir. Huit jours plus tard, sans autre prodrome qu'un peu de douleur dans les reins, sans que l'appétit fût altéré, il s'aperçut, en se levant, qu'il avait le ventre enflé. Trois ou quatre jours plus tard, les extrémités inférieures s'infiltrèrent à leur tour ; puis les extrémités supérieures dans la nuit qui précéda l'entrée du malade à l'hôpital. Dans les trois derniers jours il avait éprouvé un peu de gêne de la respiration, accompagnée de toux.

Le 21 février, on constate : œdème considérable de la face et des extrémités inférieures, surtout à la partie interne des cuisses ; œdème moins prononcé des mains et des avant-bras ; gonflement du ventre et matité remontant de trois travers de doigt au-dessus du pubis, avec fluctuation évidente ; sonorité tympanique au-dessus. Pas de gonflement du foie ni de la rate. Bruit de souffle doux sur les parties latérales du cou et à la base du cœur. Un peu de dilatation des veines du cou et des cavités droites du cœur ; au reste, cœur volumineux, bruits très nets, sans rien d'anormal, mais impulsion à peine appréciable. Diminution très marquée de la sonorité sous la clavicule droite ; respiration rude et expiration prolongée dans le même point ; matité, extinction de la voix dans tout le côté droit en arrière. Rien de semblable à gauche. — Assoupissement, langue blanche, humide ; soif, appétit conservé, pas de diarrhée ; digestions faciles, un peu de chaleur à la peau, 84 pulsations et 24 respirations par minute. Sensibilité à la pression de la région rénale ; matité rénale de 10 centimètres à gauche, de 5 à droite. Urines couleur feuille-morte, se prenant presque en masse par la chaleur. (Saignée de 250 grammes, 12 ventouses scarifiées sur les reins ; huile de ricin avec 2 gouttes d'huile de croton ; tisane de chiendent nitré.)

La purgation fut suivie d'une diarrhée abondante et d'une diminution remarquable de l'œdème, mais le malade succomba le 28 février à la suite d'une double pleuro-pneumonie.

Outre cette lésion, on constata à l'autopsie les altérations suivantes :

Rein droit très volumineux, mesurant 13 centimètres sur 7; capsule très adhérente; hypertrophie énorme de la substance corticale qui présente une teinte jaunâtre, sans aspect granuleux, avec injection très vive dans certains points; hypérémie prononcée de la substance tubuleuse. Aspect lobulé très manifeste de ce rein. — Rein gauche mesurant 12 centimètres sur 7, encore plus nettement lobulé que le rein droit, ruisselant de sang à la coupe; substance corticale moins hypertrophiée, présentant d'ailleurs le même aspect que dans le rein droit.

Rate et foie très volumineux, sans lésion de texture appréciable. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde; cœur volumineux; le ventricule gauche est surtout hypertrophié; pas de lésions valvulaires.

L'examen microscopique révéla dans la substance tubuleuse une dégénérescence graisseuse, peu avancée dans beaucoup de points, de l'épithélium, et une absence presque complète de l'épithélium dans quelques canalicules. Dans la substance corticale, la dégénérescence graisseuse de l'épithélium était plus avancée et plus générale; cependant l'épithélium était conservé partout et ses éléments n'étaient pas détruits; mais ils paraissaient beaucoup plus abondants qu'à l'état normal, remplissant presque en entier la lumière de la plupart des canaux. En outre, un grand nombre de ces cellules étaient manifestement augmentées de volume, mesurant au moins le triple ou le quadruple des éléments normaux.

En rapprochant les anamnestiques très précis fournis par le malade de la date de sa mort, on voit que la durée totale de l'affection n'a guère dépassé trois semaines. La dégénérescence graisseuse de l'épithélium rénal a par conséquent marché avec une grande rapidité. C'est un fait qui ne manque pas d'intérêt, parce que dans la plupart des organes les dégénérescences de même ordre ne se font qu'assez lentement. Au reste, l'accroissement considérable de volume d'un grand nombre des cellules épithéliales semble s'accorder assez bien avec cette particularité; on ne comprendrait en effet guère cette dégénérescence rapide si elle n'était qu'un fait secondaire, consécutif, par exemple, à l'anémie; tout porte à croire, au contraire, que les éléments épithé-

liaux sont eux-mêmes le siége d'un travail morbide, actif, intense.

Il y a encore dans cette observation une particularité qui mérite d'être relevée, c'est l'hypertrophie considérable du ventricule gauche sans lésion valvulaire. La coïncidence de cette hypertrophie avec les formes avancées de la maladie de Bright a été signalée à plusieurs reprises, notamment par un médecin allemand distingué, M. Traube (de Berlin), qui a cru devoir l'expliquer par l'obstacle circulatoire créé par l'oblitération d'un grand nombre de branches de l'artère rénale. Cette oblitération, consécutive au retour du rein sur lui-même, à son atrophie, exerçait dans ce cas, sur le ventricule gauche, la même action, quoique plus éloignée, qu'un rétrécissement aortique, par exemple : diminution du champ circulatoire, accroissement de la pression du sang *a tergo*, et, par suite, du travail fourni par le ventricule qui s'hypertrophie comme tout muscle fonctionnant avec énergie.

Dans le cas présent, cette théorie est évidemment inadmissible ; d'ailleurs, bien qu'il soit difficile d'expliquer cette hypertrophie isolée du ventricule gauche par les rhumatismes antérieurs, il est fort possible qu'il ne se soit agi là que d'une coïncidence fortuite. De sorte qu'il est permis de se demander si, dans les observations sur lesquelles M. Traube a édifié sa théorie, la succession des lésions a été toujours celle admise par ce médecin. Il est, dans tous les cas, permis de conclure de là que l'opinion de M. Traube ne peut être acceptée qu'avec beaucoup de réserve, sans parler d'ailleurs des objections théoriques qu'elle soulève.

---

3. *b*. Le cœur et une partie du poumon d'une femme qui a succombé dans le service de M. Aran.

V. L., cuisinière, âgée de vingt-huit ans, femme d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Thérèse, n° 4), le 29 janvier, pour y être traitée des suites d'un accouchement datant de trois semaines. Elle était sujette depuis longtemps à des battements de cœur, qui étaient surtout devenus pénibles depuis deux ans ; pas de rhumatisme articulaire antérieur. La grossesse, qui avait été fatigante à cause d'une exacerbation des palpitations et un œdème général

survenu au septième mois, se termina à terme et sans difficultés, mais l'accouchement s'accompagna d'une métrorrhagie considérable.

A l'entrée de la malade, on constate : amaigrissement et pâleur très marqués ; œdème considérable des extrémités inférieures, plus prononcé à droite, envahissant le tronc jusqu'à la base de la poitrine en arrière ; douleurs dans le mollet gauche, rendant la marche impossible ; un peu de sensibilité à la pression sur le trajet des veines fémorales ; température plus élevée dans l'extrémité inférieure gauche que dans la droite. Pouls très faible, mais régulier (112) ; respiration courte (36 à 40) ; petite toux quinteuse ; crachats muqueux.

Le foie débordait de plus de quatre travers de doigt les fausses côtes. L'impulsion du cœur était surtout forte dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon, frémissante surtout dans les quatrième et cinquième espaces intercostaux, courte, brusque, saccadée, avec soulèvement visible à l'œil. Les veines du cou étaient distendues et agitées par des battements incessants. La matité précordiale mesurait environ 14 centimètres dans tous les sens.

A la pointe du cœur, on entendait un premier bruit nettement frappé, suivi d'un bruit de souffle renflé qui couvrait tout le premier intervalle et le deuxième bruit. En remontant le long du bord gauche du cœur, on retrouvait les deux bruits très distincts, de temps en temps cependant obscurcis par le souffle prolongé. Il était manifeste alors que le bruit du souffle dépassait par sa prolongation le moment où se passe le deuxième bruit.

Les urines n'étaient pas albumineuses ; l'examen des poumons ne révélait que quelques signes douteux de tubercules et des râles sous-crépitants d'œdème à la base.

Sous l'influence des diurétiques et d'un traitement reconstituant, de révulsifs à la région précordiale, etc., il se produisit d'abord une amélioration sensible qui persista pendant quelques jours ; puis la malade eut une hémoptysie qui se prolongea pendant plusieurs jours, accompagnée d'une gêne énorme de la respiration et bientôt des signes d'un épanchement dans la plèvre droite et dans le péricarde. La mort suivit de peu de jours l'apparition de ces accidents.

Autopsie. Un peu d'ascite; foie très volumineux, présentant l'aspect de la noix muscade; utérus encore volumineux; les veines ovariques présentaient une oblitération récente. La veine hypogastrique droite contenait un caillot fibrineux, décoloré, non adhérent, entouré de caillots noirs, gélatineux, qui se retrouvaient également dans la veine cave et dans les autres veines iliaques. Au niveau de l'éperon qui sépare la saphène droite de la fémorale, existait un caillot fibrineux, décoloré, ancien, qui oblitérait la première de ces veines dont les parois, absolument saines à la simple inspection, n'adhéraient pas au caillot.

Le péricarde contenait quelques cuillerées de sérosité. L'oreillette droite était énormément dilatée, mesurant 11 centimètres verticalement, et 5 à 6 transversalement; la longueur de la masse ventriculaire était de 11 centimètres de la pointe à la base; dilatation considérable du ventricule droit dont les parois sont manifestement décolorées, jaunâtres, ainsi que des colonnes charnues. Orifice pulmonaire dilaté (7 centimètres 1/2 de circonférence), valvules suffisantes; valvule tricuspide un peu opaline, épaissie; orifice auriculo-ventriculaire droit, dilaté (14 centimètres). L'épaississement de la valvule s'accompagne d'un froncement marqué sous forme d'un bourrelet.

Hypertrophie énorme de l'oreillette gauche, dont les parois sont extrêmement épaissies; orifice auriculo-ventriculaire gauche converti en une sorte de fente transversale, bordée vers sa commissure interne par de nombreuses végétations osseuses qui font saillie dans l'oreillette. Une plaque isolée de végétations semblables existe à la paroi postérieure de l'oreillette. Au niveau de ces plaques, le feuillet interne de l'endocarde est véritablement détruit. L'index s'engage avec difficulté dans l'orifice auriculo-ventriculaire, dont le diamètre antéro-postérieur est de 7 millimètres, et la largeur de 28 millimètres. Vue du côté du ventricule, la valvule se présente sous la forme d'un entonnoir dont une partie reste béante, alors même que l'on abandonne les parties molles à elles-mêmes. Cet entonnoir ne descend pas très bas dans le ventricule, et c'est son sommet, c'est-à-dire le bord libre de la valvule, qui forme le rétrécissement par son épaississement. Les tendons et leurs muscles sont également très épaissis et raccourcis, et les colonnes charnues ont un aspect jaunâtre que ne partage pas la

paroi du ventricule gauche. L'aorte est plutôt petite qu'augmentée de volume, et ses valvules sont parfaitement saines.

Un épanchement séro-sanguinolent assez abondant (1 litre environ) remplit la plèvre droite, qui est recouverte de quelques fausses membranes floconneuses. Ces fausses membranes sont bien plus épaisses, plus consistantes et plus adhérentes au niveau d'un foyer apoplectique du volume d'un poing qui se trouve dans le lobe inférieur du poumon; la branche de l'artère pulmonaire qui se rend au premier de ces foyers est bouchée par une concrétion longue de 3 centimètres 1/2, espèce de kyste formé au dehors par une coque fibrineuse décolorée, très résistante, et au centre par une bouillie gris-rougeâtre. Cette concrétion adhère à peine aux parois de l'artère qui est parfaitement lisse et pâle à sa face interne. Elle s'arrête dans un point où l'artère se divise en plusieurs branches, et est continuée dans ces branches par des caillots noirâtres, mais secs, adhérents, qui tranchent par leur couleur sur l'aspect tout différent du premier caillot. Au niveau des caillots noirs, les parois artérielles sont fortement imbibées de matière colorante du sang. La branche qui se rendait au deuxième foyer apoplectique n'a pas pu être suivie.

Au point de vue de la séméiologie cardiaque, il est digne de remarque que, malgré un rétrécissement des plus patents de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, le bruit *présystolique* faisait complétement défaut; d'autre part, le souffle qui remplissait le premier intervalle et qui couvrait même le premier bruit dans quelques points, appartenait manifestement à l'insuffisance mitrale, mais on s'explique difficilement la prolongation de ce souffle au delà du moment où se produit le deuxième bruit.

Un autre point qui ne manque pas d'intérêt, c'est que la *phlegmatia alba* de l'extrémité inférieure droite ne tenait certainement pas à une phlébite, dont l'autopsie n'a révélé aucune trace, mais à une simple coagulation du sang, à une *thrombose* pure. La production de cette coagulation s'explique d'ailleurs facilement par la gêne de la circulation créée par la lésion circulatoire d'une part et la compression des veines iliaques de l'autre.

Il est bien moins aisé de se prononcer sur la nature de l'oblitération de l'artère pulmonaire et sur ses rapports avec l'apoplexie pulmonaire. Le caillot s'est-il formé sur place, ou était-ce une

embolie, venue des veines du bassin ou de l'extrémité inférieure ? S'il s'est formé sur place, a-t-il été la cause de l'apoplexie, ou est-ce l'inverse qui s'est passé ? Ou bien enfin, n'y a-t-il eu entre l'apoplexie et l'oblitération artérielle aucune liaison pathogénique ?

Cette dernière supposition n'est guère admissible, parce que l'apoplexie correspondait trop exactement à la distribution de l'artère oblitérée. Il n'est pas probable non plus que l'artère se soit oblitérée consécutivement à l'apoplexie ; s'il en était ainsi, les caillots se seraient formés de la périphérie au centre, des branches au tronc ; or, les parties périphériques de ces caillots étaient manifestement plus récentes que le segment contenu dans le tronc. D'ailleurs, l'apoplexie n'est survenue que dans les derniers jours de la maladie, tandis que la plus grande partie du caillot était au moins aussi ancienne que le caillot de la veine saphène qui remontait à quelques semaines.

Il est donc légitime de conclure que l'oblitération artérielle a été l'origine de l'apoplexie pulmonaire ; on sait d'ailleurs que les épanchements sanguins ne sont pas rares à la suite des oblitérations artérielles, et pour l'apoplexie pulmonaire en particulier, ce fait ne serait pas très exceptionnel.

Resterait maintenant à opter, pour l'obstruction artérielle, entre une coagulation sur place et un caillot migrateur, une embolie. Un certain nombre de raisons viennent sans doute à l'appui de cette dernière explication. Ainsi, on trouverait sans peine l'origine de l'embolie dans les veines du bassin ou de l'extrémité inférieure. Puis, comme il n'est pas admissible que l'artère pulmonaire se soit oblitérée consécutivement à la lésion du parenchyme, on ne s'expliquerait guère que le sang se soit coagulé dans cette artère en l'absence d'une altération appréciable de ses parois. Cette difficulté n'existe à la vérité pas pour la partie *centrale* de l'oblitération, mais c'est précisément celle-ci qui a dû précéder l'oblitération des branches, puisque le caillot central était évidemment le plus ancien. D'ailleurs, cette concrétion fibrineuse, ramollie seulement au centre, arrêtée au niveau d'une division de l'artère, ne se continuant pas par des dégradations insensibles avec les caillots situés plus loin, mais tranchant nettement sur eux, cette concrétion réunit un ensemble de caractères qui suffiraient à tous les

élèves de l'école de Virchow pour regarder ce cas comme un exemple incontestable d'embolie. Toutefois, en l'absence d'une démonstration stricte du point d'où se serait détachée cette concrétion, le doute est plus sage ; comme toute doctrine, celle de l'embolie ne saurait gagner à s'approprier des faits équivoques.

---

4. Un exemple d'*absence de l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus, avec fistule recto-uréthrale*, provenant d'un enfant mort dans le service de M. Guersant, l'année dernière. Cet enfant naquit le 19 août, vers le milieu du huitième mois de la grossesse. On le présenta à la consultation de M. Guersant, le lendemain. Il avait uriné aussitôt après la naissance ; on n'avait pas remarqué alors que l'urine eût une couleur particulière, mais on s'aperçut à la consultation qu'il rendait quelques bulles de gaz par l'urèthre. Aucune dépression n'indiquait au dehors la fin du rectum ; le raphé du scrotum se continuait sur toute la longueur du périné et jusqu'au coccyx. On ne sentait au dehors aucun indice de l'ampoule rectale. On constata en outre : bec-de-lièvre simple à gauche ; luette rudimentaire et bifide, voile du palais sillonné tout du long par un raphé médian, phimosis. Les urines rendues dans la journée du 20 étaient colorées en jaune et tachaient fortement le linge ; il était facile de voir qu'elles contenaient du méconium.

L'opération fut faite le lendemain, le rectum fut ouvert et le cours des matières s'établit ; mais l'enfant, mis forcément à l'allaitement artificiel, mourut le 27 août.

L'*autopsie* fit voir que le rectum se terminait en ampoule, à 12 centimètres de la peau ; le trajet ouvert par l'opération et occupé par la canule, s'ouvrait au milieu de l'ampoule. Tout autour, le tissu cellulaire était induré, mais il n'y avait pas d'infiltration purulente. Un petit trajet fistuleux, pouvant admettre une soie de sanglier, faisait communiquer le rectum avec l'urèthre, immédiatement au-devant de la prostate. L'orifice rectal de cette fistule était entouré comme d'une étoile rayonnante des plis de la muqueuse. Au reste, le petit bassin n'était le siége d'aucune lésion qui ait pu contribuer à amener la mort.

Le rein gauche et l'urèthre gauche manquaient complétement, mais la capsule surrénale existait de ce côté comme de l'autre. Le

rein droit était à sa place normale, et il avait au moins le double du volume qu'on pouvait s'attendre à lui trouver en tenant compte de l'âge de l'enfant. Il avait un uretère unique qui s'ouvrait dans la vessie à l'endroit habituel.

---

5. M. *Ollivier* fait voir des *incrustations calcaires de la capsule fibreuse de la rate*, trouvées chez un homme de soixante-dix-huit ans, atteint d'hypertrophie considérable du cœur et mort de bronchopneumonie à l'hospice des Incurables (hommes). Le volume de la rate est augmenté du tiers environ ; le tissu est plus ferme et a une coloration analogue à celle de l'acajou.

La capsule fibreuse présente à la face externe, dans les deux tiers inférieurs, une plaque très résistante, d'apparence osseuse et de 10 centimètres de long sur 5 de large. L'épaisseur est moindre sur les bords que vers le centre, où elle atteint plus de 2 millimètres. Le reste de la capsule fibreuse est normal. Suivant M. Robin, qui a examiné un fragment de cette plaque, celle-ci serait constituée par des incrustations calcaires offrant bien des cavités analogues aux ostéoplastes, mais en différant pas l'absence des canalicules qui viennent y aboutir.

---

6. M. *Maunoir* présente un *cancer de l'utérus et du vagin*. M. B., cinquante-sept ans, concierge, entrée le 31 janvier 1860, dans la salle Sainte-Marie, n° 3, était autrefois robuste ; maintenant elle est arrivée à un point avancé de débilitation ; elle n'a jamais eu d'enfants. Ses règles ont paru dès l'âge de quatorze ans, et ont toujours été peu abondantes, mais sans grandes douleurs, jusqu'à l'âge de trente-neuf ans ; elles ont toujours paru sans interruption ; pas de leucorrhée. Rien dans ses antécédents de famille qui offre de l'intérêt au point de vue étiologique. La malade a mené une vie pénible constamment troublée par des chagrins de toute espèce.

Depuis la cessation des menstrues, arrivée vers l'âge de quarante-six ans à peu près, la malade a éprouvé des douleurs continuelles dans le bas-ventre, avec exacerbations chaque mois. Vers

l'âge de quarante-quatre à quarante-cinq ans, la malade commença à sentir une petite tumeur placée au-dessus de l'aîne gauche, tumeur sphéroïdale du volume d'un œuf de poule environ. Cette tumeur, qui ne peut guère donner l'idée que d'une induration avec gonflement de l'ovaire, resta stationnaire pendant quatre ans environ. Dans le courant de 1858 elle s'accrut considérablement, et en peu de temps elle s'avança jusqu'à la ligne médiane. Bientôt les deux côtés de l'hypogastre furent envahis par la tuméfaction. En même temps des pertes, d'abord simplement leucorrhéiques, puis mêlées de sang et d'une fétidité extrême, se manifestèrent et devinrent continuelles.

Au commencement de 1859, ces pertes devinrent très abondantes ; les douleurs, qui n'avaient jamais été interrompues depuis bien des années, prirent un caractère très aigu ; les forces, l'embonpoint diminuèrent avec une grande rapidité. En un mot, tous les signes de l'état cachectique s'accumulèrent rapidement.

Vers le milieu de l'année, la malade dut garder le lit constamment, ayant perdu presque entièrement l'appétit et tourmentée par l'odeur infecte de son écoulement vaginal. Au mois de novembre, les vomissements s'ajoutèrent à tous ces signes. Aucun aliment ne pouvait être gardé et les matières vomies contenaient un liquide verdâtre.

Vers la fin de janvier, la difficulté à uriner devient extrême ; à cette époque, la malade entre à l'hôpital ; elle offre une teinte jaune paille ; maigreur extrême, pas de phénomènes fébriles, langue nette. Absence de signes pathologiques du côté du thorax, soit au poumon, soit au cœur ; léger souffle aux carotides. Ventre très ballonné ou plutôt très tendu et donnant à la percussion tous les signes d'un épanchement péritonéal. Matité à l'hypogastre, où la palpation fait reconnaître une masse considérable au niveau de l'utérus et de ses annexes, avec proéminence à gauche. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'un col de la matrice induré d'un volume considérable, avec orifice transversal, bosselé, irrégulier, mais sans ulcérations appréciables. La cloison vésico-vaginale est très dure, épaisse et s'oppose à l'émission normale des urines et même rend le cathétérisme très difficile. Constipation.

Après un mois environ de séjour à l'hôpital, la malade suc-

combe, le 29 février, après un dépérissement rapide et des vomissements répétés.

Autopsie. — Corps très amaigri, teinte cancéreuse bien caractéristique; jambes sèches et maigres; ventre tendu et verdâtre; organes génitaux externes sains. Le crâne n'a pas été ouvert. Poumons congestionnés, cœur sain, sauf un peu d'épaississement des parois ventriculaires gauches; caillots noirs et mous dans les oreillettes. Quelques ganglions noirs et petits dans le médiastin.

Abdomen. — Epanchement considérable, dans le péritoine, d'une teinte verte, d'abord limpide, puis louche, les dernières parties qui s'écoulent sont mélangées de beaucoup de pus et de grumeaux verdâtres. Epiploon fort épaissi, recouvert d'une membrane purulente, très adhérent à l'ovaire gauche.

En dedans du rein gauche, on trouve deux masses bien distinctes, dont l'une assez grosse, ovale, longue de 5 à 6 centimètres, dure, offre à la coupe l'aspect du tissu encéphaloïde, avec un suc blanc, épais; l'autre est plus petite. Ces deux tumeurs paraissent être deux ganglions lymphatiques.

Vessie remplie d'urine; paroi antérieure normale, paroi postérieure présentant quelques petites bosselures attenantes à la masse morbide qui réunit le corps de l'utérus avec la vessie. Les uretères paraissent sains à leur orifice vésical.

Tout l'utérus est épaissi, dur. Il est uni intimement à la vessie par une épaisse couche de matière cancéreuse qui se prolonge sur l'urèthre au point d'avoir rendu la miction impossible et le cathétérisme fort difficile.

Col de l'utérus très dur, criant sous le scalpel, museau de tanche rouge-noir, déchiqueté, ulcéré. Le fond de la matrice offre une dégénérescence moins avancée. Les ligaments larges sont très courts des deux côtés, épaissis, et leurs éléments sont confondus. L'ovaire droit, à peu près double de son volume ordinaire, est entièrement dégénéré; il est entouré de tissu cellulaire très dense. L'ovaire gauche a le volume du poing à peu près, arrondi, assez dur et offre à la coupe une masse homogène d'apparence encéphaloïde, gorgée de suc blanchâtre épais, avec quelques cloisons de tissu plus condensé, mais sans loges distinctes. Le rectum, fortement adhérent à ces parties, ne présente qu'un peu d'épaississement de ses parois, sans dégénérescence.

7. M. *Ed. Labbé* montre des pièces provenant d'un homme mort d'une *méningite avec lésion ancienne de l'os occipital et de l'extrémité postérieure du lobe cérébral droit.*

Le 13 janvier 1860, le nommé Hissette, cordonnier, âgé de dix-neuf ans, entre dans le service de M. Beau, à la Charité, pour un mal de tête datant de quinze jours, augmentant chaque jour, surtout le soir, et occupant principalement la région frontale, mais quelquefois l'occiput. Pas de vomissements ni de nausées; un peu d'appétit; soif assez vive; langue blanchâtre, humide; pas de garderobes depuis deux jours; ventre indolent, pas de gargouillement; quelques douleurs dans les membres; les yeux sont sensibles à la lumière. Insomnie; un peu de délire. Peau modérément chaude; pouls à 76.

14 janvier. Céphalalgie continue, soif vive, enduit blanchâtre sur la langue; pas de fièvre; portion ipéca-stibiée.

15. Le malade est endormi depuis hier matin, et on le tire difficilement du sommeil; il n'en sort que pour répondre qu'il souffre toujours de la tête. Un peu de fièvre. Huile de croton, 2 gouttes.

16. La médecine n'a rien produit; demi-coma. Le malade se lève souvent de son lit, et on est obligé de l'y attacher. Il répond encore aux questions qu'on lui fait, mais avec beaucoup de peine. Larges inspirations de temps en temps. Pouls 90.

17. Décubitus dorsal; respiration suspirieuse; somnolence continuelle dont on ne peut le tirer; loquacité pendant la nuit. Impossibilité de relever la paupière supérieure droite; la pupille droite est largement dilatée et ne se contracte pas; la pupille de l'œil gauche est un peu dilatée, mais elle se contracte. Pas de paralysie des membres; peau chaude; pouls 108. — Le soir, coma très profond; pouls 132.

18. Beaucoup de délire depuis hier soir; douleur vive à la nuque; pupilles très dilatées, insensibles à la lumière. La paralysie du moteur oculaire persiste; il y a de plus un peu de paralysie du membre supérieur droit; peau chaude; pouls 116. Vésicatoire à la nuque.

19. Mort à quatre heures du matin. L'intelligence s'est conservée jusqu'à sept heures du soir; délire à huit heures; convulsions depuis minuit, avec écume à la bouche. L'on n'a jamais trouvé de

signes de tuberculisation pulmonaire, et rien non plus dans les antécédents n'a pu la faire soupçonner. C'était un jeune homme robuste ; il n'avait jamais été malade, sauf à l'âge de cinq ans, où, à la suite d'une chute de 3 ou 4 pieds sur la partie postérieure de la tête, il fut retenu au lit pendant plus d'un mois par des accidents cérébraux très graves, tels que perte de l'intelligence, délire, coma, céphalalgie vive. Depuis cette époque jusqu'à cette dernière maladie, il ne se serait jamais plaint de souffrir de la tête, au dire de ses deux frères qui nous ont transmis ces renseignements depuis la mort. L'autopsie nous révélera l'importance, pour l'étiologie, de cette chute sur la tête.

Autopsie. — Il y a d'abord toutes les lésions de la méningite ; rougeur vive, viscosité des méninges de la partie supérieure du cerveau, veines de la pie-mère turgescentes, etc. A la base, dans l'espace interpédonculaire, infiltration des mailles de la pie-mère par une substance rougeâtre, assez dense, grise en quelques points, avec épaississement et friabilité notable du tissu, et ramollissement de la substance grise. Cet aspect du tissu cellulaire de la pie-mère se retrouvait, à un degré moindre, dans la fente de Bichat, et dans la scissure de Sylvius. La troisième paire de nerfs n'a rien offert de spécial à noter.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que l'extrémité postérieure du lobe cérébral droit est en partie détruite. La perte de substance s'étend jusqu'à la cavité digitale, car l'on peut faire pénétrer le petit doigt dans le ventricule latéral, et le liquide ventriculaire communique avec un liquide séreux, contenant quelques parcelles osseuses, et accumulé dans la fosse occipitale supérieure du même côté. C'est alors que l'on constate une altération de cette portion de l'os occipital évidemment très ancienne : la dure-mère est détruite dans presque toute l'étendue de la fosse occipitale droite, la table interne de l'os est aussi détruite, et l'on voit à nu le diploé, remplacé même en quelques points par des sortes de végétations osseuses qui forment sur cette surface osseuse des aspérités nombreuses, des sillons ; l'on détache assez facilement quelques-unes de ces végétations les moins adhérentes, et en effet l'on en voit flotter librement dans le liquide. L'os est très aminci. Il existe donc une sorte de cavité limitée d'une part

par le cerveau dont la pie-mère s'amincit et paraît se prolonger sur la substance osseuse. Mais il faut dire que l'on n'a pas bien vu comment se comportaient les membranes, car on ne s'est aperçu de cette double lésion de l'os et du cerveau, qu'après que celui-ci a été enlevé, et les adhérences, si elles existaient, ont été détruites. Mais l'on peut affirmer qu'il y a réellement perte de substance et non déchirure récente du cerveau, et que la communication directe du ventricule latéral avec la fosse occipitale existait avant la mort. Du reste, peu de liquide dans les ventricules. Pas trace de tubercules ni dans la poitrine ni dans l'abdomen.

Réflexions. — Il est assez évident que cette double lésion de l'os et du cerveau est très ancienne, et qu'il y a eu là suppuration de l'os, ou au moins ostéite, pour que l'on puisse en faire remonter l'origine à la chute, sur la partie postérieure de la tête. D'autre part, l'absence de toute prédisposition aux tubercules et de toute autre cause de méningite chez ce jeune homme, ne donne-t-elle pas de grandes raisons de croire que cette lésion ancienne a été le point de départ de la méningite, quoiqu'à l'autopsie nous ne trouvions pas les méningites plus altérées de ce côté qu'à la circonférence du cerveau et surtout à la base? Toujours est-il qu'il est fort surprenant qu'une semblable lésion du cerveau n'ait pas causé depuis quatorze ans plus de troubles cérébraux, puisque le jeune homme ne se plaignait même pas de maux de tête!

---

8. M. *Martineau* fait voir un exemple de diathèse cancéreuse

Le 21 janvier 1860, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marie, n° 14 (service de M. Hillairet), la nommée Z. Cette femme, âgée de soixante ans, paraît être depuis longtemps malade. Ce qui frappe tout d'abord, c'est une déviation de la face à gauche; la moitié droite paraît être sur un plan inférieur à la moitié gauche. La commissure gauche est relevée. Cette déviation est plus prononcée quand on engage la malade à contracter fortement les muscles de la face. Ceux de la partie paralysée restent inertes; la joue de ce côté est flasque et se laisse distendre à la moindre expiration un peu forte. « *La malade fume la pipe.* » L'aîle droite du nez est pendante et ferme l'entrée de la fosse na-

sale correspondante pendant l'inspiration. Pas de paralysie de la paupière supérieure. Les pupilles sont normales, la vue est conservée.

La malade ne peut amener la langue au dehors; quand elle essaye, on voit la pointe de cet organe se porter sur la paroi interne de la joue et se diriger du côté paralysé. La parole est difficile; la déglutition est gênée; les matières demi-solides sont assez bien avalées, mais les matières liquides passent assez souvent dans les voies respiratoires et sont l'occasion de quintes de toux prolongées; parfois ces matières sont rejetées par les fosses nasales.

En même temps que cette hémiplégie faciale, on trouve une paralysie de toute la moitié droite du corps. Les membres supérieurs et inférieurs ne peuvent exécuter de mouvements; quand on les soulève, ils retombent sur le lit. Ils sont en outre le siége d'une contracture qu'il est difficile de vaincre.

La sensibilité est conservée dans toutes les parties privées du mouvement. La malade accuse parfaitement la sensation de la piqûre d'une épingle; elle se plaint qu'on la pique, mais elle ne peut retirer la partie touchée. L'intelligence est intacte, et quand on demande à cette femme où elle souffre, elle montre avec la main le côté gauche du crâne; elle n'accuse de douleurs dans aucune autre partie du corps. La maigreur est générale; il n'y a pas atrophie des muscles paralysés. Aucune altération du côté de la miction ou de la défécation.

Bruits du cœur normaux; pouls 65 pulsations; température de la peau normale.

Cette femme ne pouvant donner aucuns renseignements sur le début de sa maladie, les parents nous racontent qu'au mois d'octobre 1859, elle aurait été prise subitement de mouvements convulsifs dans le membre inférieur droit; mouvements s'accompagnant d'une vive douleur, qui aurait précédé le début de la maladie, d'une quinzaine de jours environ. Toutefois elle n'était pas assez vive pour empêcher la malade de se livrer à son travail, et de faire son ménage. Ce n'est qu'à l'apparition d'accès convulsifs dans le membre inférieur qu'elle a été obligée de garder le lit. Huit ou dix jours après les accès épileptiformes se sont montrés dans le membre supérieur et dans la moitié droite de la face. Ces

[illegible]

Le 8 mars, sans cause connue, cette femme est prise tout à coup d'une forte fièvre ; peau chaude, sèche ; pouls fort, fréquent, 110 pulsations ; face injectée ; léger subdelirium ; respiration fréquente, anxieuse ; légère dyspnée ; toux sèche, sans expectoration ni point de côté ; à droite et en arrière du thorax, une matité assez prononcée occupant les deux tiers inférieurs de la poitrine. A l'auscultation, au niveau de la matité, râles crépitants très abondants ne s'entendant que pendant l'inspiration ; en même temps souffle tubaire très prononcé. Large vésicatoire ; potion avec 2 grammes d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 9 mars, peau toujours chaude, brûlante, violacée au niveau des extrémités et des lèvres ; pouls fréquent, petit, dépressible ; orthopnée considérable ; sifflement laryngo-trachéal. Mort le soir à cinq heures.

Autopsie le 11 à neuf heures du matin. — La calotte crânienne étant enlevée, on trouve les vaisseaux cérébraux gorgés d'un sang noir qui donne à la dure-mère un aspect violacé. Les sinus de la dure-mère, remplis de caillots, présentent deux parties bien distinctes : l'une blanche, assez résistante, c'est la plus inférieure ; l'autre supérieure, noirâtre, un peu diffluente. L'arachnoïde est saine ; on trouve très peu de sérosité dans sa cavité et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Le cerveau enlevé, on rencontre sur le trajet du sinus latéral gauche, au niveau et un peu à gauche du pressoir d'Héraphile, une petite tumeur de forme arrondie, lisse à sa surface, du volume d'une noix, libre dans la plus grande partie de son étendue, sans adhérence avec les parties voisines, si ce n'est avec la dure-mère. La face interne de l'occipital ne présente au niveau de la tumeur aucune altération, pas même la plus légère dépression. Il en est de même de l'encéphale. Cette tumeur de la dure-mère est parcourue extérieurement par de nombreux vaisseaux ; à l'intérieur, elle offre une partie centrale, ramollie, jaunâtre, s'enlevant assez facilement avec le dos d'un scalpel, et une partie périphérique d'aspect fibroïde, dure, assez résistante, de coloration blanchâtre ; au milieu de cette dernière partie se trouvent un grand nombre de petits vaisseaux.

Du côté de l'encéphale on constate tout d'abord une injection considérable des vaisseaux de la pie-mère ; cette membrane n'est ni épaissie, ni adhérente à la surface cérébrale, excepté dans un

point, à la face interne de l'hémisphère gauche, au milieu des circonvolutions cérébrales supérieures et moyennes.

La conformation extérieure des deux hémisphères cérébraux est normale; il en est de même de la consistance de la masse encéphalique, qui est peut-être un peu plus considérable. La coloration de la substance grise est plus foncée; à la coupe, elle est de couleur violacée. La substance cérébrale présente un piqueté très marqué. Nulle part on ne constate d'épanchement sanguin.

Au niveau de l'adhérence de la pie-mère, à la substance cérébrale, c'est-à-dire à peu près vers la moitié du diamètre antéro-postérieur de la face interne de l'hémisphère gauche, au niveau même des circonvolutions supérieures et moyennes qui forment la scissure interhémisphérique, au-dessus de la grande circonvolution du corps calleux, se trouve une tumeur qui, par une de ses faces, est aplatie, ne proémine nullement à l'extérieur; elle se trouve sur la même ligne que les circonvolutions, de telle sorte que, sans l'adhérence de la pie-mère à son niveau, sa présence pourrait passer inaperçue. Cette face interne de la tumeur, qui répond, ainsi que nous le voyons à la scissure interhémisphérique, n'est nullement recouverte par la substance cérébrale. Dans le reste de son étendue, la tumeur est recouverte par la masse cérébrale, de telle sorte qu'il est probable que, développée sur la pie-mère, elle est venue proéminer du côté de la substance cérébrale, et s'est pour ainsi dire coiffée de cette substance. Celle-ci ne présente d'ailleurs aucune altération. Cette tumeur, énucléée des parties au milieu desquelles elle se trouve contenue, a le volume d'une grosse noix; ses dimensions sont les suivantes : le diamètre antéro-postérieur mesure $0^m,035$; le vertical, $0^m,038$, et le transversal, de gauche à droite, $0^m,040$.

La surface de cette tumeur est lisse, et se trouve parcourue par un grand nombre de vaisseaux; elle est d'une consistance assez grande, d'une coloration blanchâtre. Elle est entourée, surtout à sa face interne, d'une membrane lisse, épaisse, résistante, qui ne paraît être autre chose que la pie-mère. Dans les autres points de sa circonférence, il est très difficile de trouver une membrane; pourtant il semble qu'il y ait une membrane très fine séparant la tumeur de la substance cérébrale. Cette tumeur incisée présente, de même que celle de la dure-mère, deux parties bien distinctes :

une centrale, jaunâtre, très ramollie, s'enlevant facilement avec le dos d'un scalpel, et une périphérique, d'aspect fibroïde, résistante, parcourue de nombreux vaisseaux.

Les autres parties de la masse cérébrale sont parfaitement intactes ; on trouve dans les ventricules latéraux de la sérosité en plus grande abondance que dans l'état normal. Pas d'altérations de l'hémisphère droit. Les poumons s'enlèvent facilement ; quelques adhérences aux côtes inférieures, au niveau de la partie inférieure du poumon droit. Pas de sérosité dans la cavité pleurale. La plèvre qui tapisse la partie inférieure du poumon droit est épaissie, recouverte, en certains endroits, par de fausses membranes assez épaisses. Le poumon, à ce niveau, est dense, de couleur lie de vin, friable, se laissant facilement déchirer. Sa coupe est granuleuse. Beaucoup de mucosités dans les bronches. La partie supérieure de ce poumon est saine. Rien dans le poumon gauche. Cœur normal ; rien dans le péricarde ni aux valvules.

Foie volumineux. Toute la surface du lobe droit est parsemée de petites tumeurs plus ou moins volumineuses : les unes comme des noisettes, les autres comme des noix ; tumeurs blanchâtres très consistantes, proéminant beaucoup plus dans l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organe. Autour de ces tumeurs, la substance hépatique paraît tantôt normale ; tantôt elle présente cet aspect jaunâtre particulier que l'on désigne sous le nom de *foie graisseux*.

Les ganglions lymphatiques de la scissure transverse du foie sont volumineux ; il en est de même des ganglions mésentériques. Le rein droit, dont le volume est normal, présente au niveau du bord convexe, vers la partie moyenne de ce bord, une petite tumeur du volume d'une noisette peu proéminente à l'extérieur. La substance rénale qui l'environne paraît normale. A la coupe, même aspect que les tumeurs du foie.

Rien, pendant la vie de cette femme, n'avait pu faire prévoir cette altération du foie et du rein. Le teint de cette femme, à son entrée à l'hôpital, était, il est vrai, pâle, mais ne rappelait pas cette couleur jaune terreuse qui accompagne la cachexie cancéreuse.

---

9. M. *Pamard* montre le cadavre d'un enfant sur lequel il a rencontré *une anomalie vasculaire, deux pieds-bots* et *une hernie inguinale congénitale.*

Il remet la note suivante :

La mère de cet enfant, âgée de vingt-huit ans, jouit habituellement d'une bonne santé ; elle est écuyère, et elle a monté à cheval jusqu'à la fin du troisième mois de sa grossesse. Elle a déjà eu quatre enfants, tous bien conformés et bien portants. Sa grossesse s'est passée sans phénomènes remarquables ; l'accouchement, qui se fait à terme, présente la marche ordinaire. L'enfant, du sexe masculin, est d'un volume moyen. Immédiatement après la naissance, sa respiration paraît gênée ; l'interne de garde prescrit un bain sinapisé, ce qui semble rétablir l'intégrité de la fonction.

Mort trente-six heures après la naissance, sans avoir présenté de coloration cyanique.

Autopsie.—L'artère pulmonaire, après avoir envoyé une branche qui a son volume normal dans chacun des deux poumons, n'éprouve aucune diminution dans son calibre, remonte obliquement en haut et à gauche et donne naissance à l'aorte descendante. L'aorte ascendante, 2 centimètres au-dessus du cœur, se divise en deux branches : l'une qui est le tronc brachio-céphalique du côté droit ; l'autre, après avoir fourni la carotide primitive et la sous-clavière gauches, conserve un calibre ayant à peine 2 millimètres de diamètre, et vient se jeter dans le vaisseau qui est la continuation de l'artère pulmonaire, en faisant avec celui-ci un angle très aigu ; on pourrait même, sans craindre de tomber dans l'erreur, considérer cette branche de communication comme émanant de la sous-clavière du côté gauche. Cette anomalie me paraît intéressante,

1° Au point de vue anatomique :

Au lieu du canal artériel normal, assez peu volumineux au moment de la naissance, et présentant à sa jonction avec la crosse aortique un éperon, nous voyons l'aorte descendante se continuer à plein calibre avec ce canal artériel anormal.

D'un autre côté, nous avons bien quelque chose qui nous rappelle la crosse de l'aorte ; mais quelle différence dans le calibre et la disposition !

2° Au point de vue physiologique :

Si l'enfant avait vécu, sur quel point aurait porté le phénomène

d'oblitération que l'on observe normalement dans le canal artériel? Il me semble probable que ç'aurait été sur le point très rétréci où la sous-clavière gauche communique avec l'aorte descendante, et nous aurions eu ainsi un sujet recevant du sang rouge dans la tête et le membre céphalique, et au contraire du sang noir dans tout le reste du corps.

3° Au point de vue pathologique :

Cet enfant, pendant sa vie, n'a jamais présenté de cyanose, phénomène qui a été considéré comme un signe de la communication des deux systèmes vasculaires et du mélange du sang rouge avec le sang noir.

Il y avait en outre une hernie scrotale du côté gauche. M. Trélat a incisé le sac devant la Société, et on a pu voir à nu, au fond du sac, le testicule avec l'épididyme, le canal déférent et l'hydatide de Morgagni. Ce fait est intéressant, en ce qu'il apporte une preuve à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui soutiennent que, dans les hernies scrotales congénitales, le sac est formé par la tunique vaginale, et que l'intestin se trouve en rapport direct avec le testicule.

Sur le même sujet, on voit encore un double pied-bot varus équin, c'est-à-dire que le talon est remonté en haut, et que le bord interne du pied est rapproché de la jambe; du reste, la déformation est exactement la même des deux côtés.

J'ai recherché, au point de vue étiologique, quelles pouvaient être les altérations offertes par les divers systèmes, et je vais exposer le résultat de mon examen.

Je noterai d'abord que j'ai retrouvé les mêmes phénomènes à gauche et à droite.

1° *Centres nerveux.* — Le cerveau et le cervelet, examinés avec le plus grand soin, ne m'ont paru présenter aucune altération et aucune difformité. Les méninges semblent plus congestionnées que normalement; mais je ne serais pas éloigné de voir là un phénomène consécutif à la mort. Aucune altération de la moelle. La queue de cheval est aussi volumineuse que chez l'enfant le mieux conformé.

2° *Nerfs.*—Les nerfs du membre inférieur sont normaux. Chacun occupe sa place ordinaire, et offre le volume habituel. Aucune

des branches, suivies avec le plus grand soin, ne m'a paru atrophiée.

3° *Muscles.* — Aucune lésion de structure dans les muscles de la jambe et du pied. Coloration et volume normaux.

Plusieurs d'entre eux semblent contractés : à la jambe, le triceps sural, le jambier antérieur et le jambier postérieur ; au pied, le court fléchisseur commun des orteils et l'accessoire du long fléchisseur commun des orteils.

4° *Ligaments articulaires.* — Les ligaments offrent certainement des différences dans leur longueur habituelle : en effet, les os n'occupent pas leur situation normale, et il se trouve forcément des ligaments allongés et d'autres raccourcis.

Les muscles une fois coupés, la déformation persiste.

5° *Os.* — Aucun des os du pied ne manque. La concavité transversale et antéro-postérieure de la plante du pied est augmentée. Le calcanéum a pivoté autour de l'astragale, et son bord postérieur, qui est devenu supérieur, remonte à 5 millimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. De son côté, le scaphoïde a aussi éprouvé un déplacement par rapport à l'astragale. Il est remonté sur sa face interne, de façon à se rapprocher de la malléole interne.

M. *Cruveilhier* fait remarquer que dans ce fait il n'est pas extraordinaire qu'il n'y ait pas eu cyanose ; elle n'est pas produite par le mélange des deux sangs, mais elle se produit lorsque la respiration ne s'exécute pas. Quant aux pieds-bots, ajoute-t-il, ce vice de conformation dépend d'une mauvaise position du fœtus dans le sein de la mère. La rétraction n'est que secondaire, et cette rétraction est toujours précédée de la déformation des os.

M. *Trélat :* Bien des opinions ont été émises sur le mode de production des pieds-bots, la position vicieuse des fœtus dans la matrice, des influences mécaniques extérieures, la déformation osseuse primitive donnée par M. Broca, les lésions des centres nerveux adoptées par M. J. Guérin. Enfin, dans ces derniers temps, M. Robin a cru entrevoir une nouvelle cause dans la brièveté primitive des muscles. Aucune de ces opinions ne satisfait complétement l'esprit. Mais il est un fait remarquable, et c'est peut-être ce qui a conduit M. J. Guérin à sa théorie : c'est que les enfants affectés de pied-bot ont en général d'autres vices de conformation,

soit du côté du centre nerveux, soit du côté d'autres organes. Le fait actuel vient à l'appui de ce que j'avance.

M. *Dolbeau :* L'opinion de M. Broca me semble assez acceptable. J'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre d'os, depuis l'état embryonnaire jusqu'à l'état d'ossification complète, et j'ai remarqué une grande différence dans l'ossification des os du tarse et du métatarse ; il n'y a pas de régularité dans le travail d'ossification. On peut comprendre alors comment l'ossification tardive d'un os, par rapport à un autre, amène la déformation par arrêt de développement.

M. *Trélat :* L'argument présenté par M. Dolbeau est très voisin de celui de M. Broca ; mais je ne puis comprendre pourquoi la variété de pied-bot varus est la plus fréquente.

M. *Charrier :* Chez le fœtus, il y a toujours une prédominance des adducteurs sur les abducteurs. Aussi voit-on souvent les enfants naître avec une tendance aux varus, tendance qui cesse d'exister peu de temps après la naissance.

M. *Mercier* cite le fait d'un enfant qui naquit avec un pied-bot talus, et qui guérit de sa difformité sans aucun traitement. Il rappelle à la Société que M. Martin a remarqué, chez les mères d'enfants atteints de pieds-bots, la douleur dans l'hypochondre droit.

M. *Charrier* répond que, chargé par M. Dubois d'élucider le fait, il a pu constater que sur vingt-deux femmes présentant cette douleur, aucune n'est accouchée d'enfants atteints de pied-bot. Cette douleur dépend probablement de la position du fœtus et de ses mouvements dans l'utérus.

---

10. M. *Blachez* montre des fragments de plèvre et de péritoine, ainsi qu'une tumeur du cordon testiculaire offrant l'aspect de la *dégénérescence tuberculeuse*.

L'individu chez lequel ces pièces ont été recueillies à l'hôpital militaire du Gros-Caillou était arrivé à un état de dépérissement

extrême, sans que l'on fût parvenu, après une attentive investigation, à préciser le diagnostic.

Les deux plèvres et le péritoine offrirent à l'autopsie des lésions semblables, caractérisées par l'adhérence des deux feuillets, avec présence de petites granulations dans le tissu sous-séreux épaissi et manifestement enflammé. Le cordon testiculaire du côté droit était, dans presque toute son étendue, augmenté de volume, et ses éléments, réunis entre eux, formaient une tumeur du volume du pouce contenant des granulations analogues aux granulations rencontrées dans les deux autres séreuses. Le testicule et l'épididyme de ce côté étaient sains. L'arachnoïde et le péricarde n'offraient aucune altération. Les poumons, normaux, ne présentaient aucune trace de tubercules.

M. *Genouville* émet quelques doutes sur la nature des granulations, et il serait plus disposé à les rapporter à une inflammation chronique qu'à les regarder comme étant de nature tuberculeuse.

M. *Perrin* croit, avec M. Blachez, que c'est là une forme de tuberculisation sous-séreuse qui n'est point très rare chez les militaires. Il a eu plusieurs fois l'occasion de voir des faits analogues au précédent, dans lesquels aussi on n'avait pas trouvé de tubercules dans les poumons.

---

11. M. *Martineau* présente *une gangrène de l'intestin grêle.*

X..., âgé de seize ans, d'apparence extérieure chétive, grêle, entré, le 10 mars 1860, à l'hôpital Saint-Louis, n'a jamais eu de maladie grave. Il raconte qu'il y a huit jours, après quelques excès, il s'est senti tout à coup indisposé; il a été obligé de se mettre au lit, avec de la fièvre, de la céphalalgie et une soif vive. En même temps il ressentait de violentes douleurs abdominales. Constipation opiniâtre; pas de nausées ni de vomissements; pas d'épistaxis.

A son entrée, on constate une fièvre assez violente; le pouls est fréquent, petit, 110 pulsations. Peau chaude, sèche. La langue est recouverte d'un enduit jaunâtre, épais, sec; soif vive. Pas de nausées ni de vomissements.

L'abdomen est un peu ballonné. La peau de cette région ne présente aucune éruption, ni taches lenticulaires ni pétéchies. La

pression est douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Constipation opiniâtre.

Lavement purgatif avec miel de mercuriale; limonade, cataplasmes sur le ventre.

Le lendemain, même état. Le lavement a été rendu, mais n'a provoqué aucune selle. Le pouls conserve la même fréquence, mais il est plus dépressible. Même température de la peau. Les traits de la face sont profondément altérés; les yeux sont excavés, entourés d'un cercle noir; la langue est sèche, fuligineuse. Pas de nausées ni de vomissements. L'abdomen est toujours aussi sensible. Pas d'éruption. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Ce purgatif n'occasionne aucune selle; il provoque seulement un ou deux vomissements, qui ne paraissent contenir que le médicament lui-même. Mort dans la journée.

Autopsie le 13 mars.

Dans la cavité péritonéale, matières bilieuses mélangées de pus. Les anses intestinales sont adhérentes entre elles. Le péritoine, qui les réunit, est épaissi, très injecté

Au niveau du cæcum, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on trouve un pus crémeux, bien lié, entourant tout cet intestin. On constate en outre que tout le gros intestin, ainsi que le tiers inférieur à peu près de l'intestin grêle, ont diminué de calibre, tandis que les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle ont presque triplé de volume. Cette diminution de calibre du gros intestin et de l'intestin grêle est telle que la branche de l'entérotome éprouve de la peine à cheminer dans son intérieur; mais, arrivée au niveau où commence la dilatation, niveau que l'on ne peut préciser, parce qu'en coupant l'intestin, on aura probablement coupé la bride fibreuse qui occasionnait l'étranglement intestinal, cette branche n'éprouve plus de difficultés.

L'intestin grêle étant incisé dans toute la portion dilatée, on trouve la surface interne de cet organe présentant une coloration rouge-foncé très remarquable. Cette coloration présente en certains endroits une disposition arborescente très marquée; en outre, on trouve çà et là, à différentes hauteurs, des plaques verdâtres, de forme et de volume très variés. Ces plaques, de nature gangréneuse, occupent tantôt une ou deux tuniques de l'intestin, tantôt toutes les tuniques de cet organe. On voit au niveau d'une de ses

plaques plusieurs petites solutions de continuité réunies entre elles au moyen de minces filaments; c'est probablement au niveau de cette solution de continuité que s'est faite la sortie des matières bilieuses que l'on a trouvées dans la cavité péritonéale. Autour de toutes ces plaques gangréneuses, la coloration rouge-foncé de l'intestin est surtout très prononcée; de même, c'est à leur niveau que se trouve cette disposition arborescente que nous avons signalée. Les ganglions mésentériques sont sains, ainsi que les autres organes de l'abdomen.

DESCRIPTION D'UN FŒTUS ACÉPHALE; par M. le docteur ALEXIS MOREAU.

Madame L..., âgée de quarante ans, d'une constitution chloro-anémique, devint enceinte pour la onzième fois dans le courant du mois de septembre 1859. Dans les dix grossesses précédentes, cinq enfants seulement vinrent à terme et vécurent; il n'y avait pas eu jusqu'ici de grossesse double. Au mois de janvier 1860, les mouvements de l'enfant se manifestèrent. La grossesse n'avait jusque-là rien présenté de particulier, lorsqu'au commencement de février, sans cause connue, les mouvements cessèrent. Les seins, qui s'étaient développés, devinrent flasques, et l'on dut penser que le fœtus avait cessé de vivre. Le ventre ne prit plus de développement, et le 11 mars 1860, après un travail très lent et irrégulier, madame L... accoucha d'un enfant mort, bien conformé, du sexe féminin, ayant le développement d'un fœtus de cinq mois environ. Des eaux abondantes s'écoulèrent, et bientôt se présenta à l'orifice du col une masse du volume d'un gros œuf de dinde, qu'on aurait pu prendre, au premier abord, pour une môle, et que mon père, qui donnait des soins à la mère, reconnut bientôt être un fœtus acéphale.

Celui-ci était contenu dans la même poche que son congénère; il tenait à un placenta unique par un cordon ombilical rudimentaire de 4 à 5 centimètres de longueur. En examinant avec soin la surface fœtale du placenta, on voyait une des branches du cordon qui s'unissait à l'autre cordon, et les faisait communiquer l'un avec l'autre.

Le fœtus que nous allons décrire paraît réduit au bassin et aux membres inférieurs. La peau est lisse et rosée, sans autres plis que ceux qui résultent de la flexion des membres. A la partie supérieure qui correspond à la région lombaire de la colonne vertébrale, il n'existe aucun poil. Les cuisses s'écartent à angle droit de la ligne médiane, et les jambes, fortement fléchies et comme bridées par la peau de la partie interne, ne peuvent être que imparfaitement étendues. Les pieds se continuent en ligne droite avec les jambes, la face plantaire regardant en haut et en dedans. La face postérieure de ce rudiment de tronc ne présente rien de particulier; on n'y distingue aucune ouverture ni aucune saillie particulière; partout la peau y est lisse et dégarnie de poils. A la face antérieure du tronc, et en l'examinant de bas en haut, sur la ligne médiane, on trouve dans la région périnéale une petite ouverture unique qui permet à peine l'introduction d'une soie de sanglier. Cette ouverture est surmontée par un petit corps ayant l'apparence d'un clitoris. A 1 centimètre plus haut, se trouve l'insertion du cordon ombilical; immédiatement au-dessus et n'en étant séparé que par un léger sillon, se remarque un appendice du volume d'une petite noisette, de forme irrégulière, légèrement aplati d'avant en arrière, tenant à la peau de l'abdomen par un pédicule étroit. Cet appendice, par ses parties latérales, donne naissance à deux prolongements très ténus et coudés sur eux-mêmes. Le prolongement de gauche, plus grêle que l'autre, est terminé par la phalange onguéale d'un doigt; celui de droite se divise en deux à son extrémité, et la loupe fait reconnaître deux doigts libres dans une partie de leur étendue et bientôt soudés ensemble, et avec le reste du prolongement principal.

En examinant avec soin et au moyen de la loupe la partie supérieure de l'appendice, on découvre, à l'endroit où naît le prolongement du côté gauche, quelques poils follets d'une ténuité extrême. Si l'on presse légèrement cette petite masse, on reconnaît qu'elle contient quelques rudiments osseux isolés du tronc fœtal. Le pédicule est mou, et n'offre aucune résistance à la pression. Si l'on compare cet appendice aux descriptions qui ont été faites de fœtus acéphales, on est porté à croire qu'il renferme quelques parties osseuses ébauchées des régions supérieures du corps.

Le cordon ombilical, examiné près de son insertion à l'abdo-

men, contient un petit vaisseau qui traverse la paroi abdominale et va se perdre dans un petit mésentère; plus bas, deux autres vaisseaux s'enfoncent dans le bassin, et nous paraissent constituer les artères ombilicales. Au milieu se rencontre un cordon qui n'est autre que l'ouraque, et qui, s'élargissant à la partie inférieure en se prolongeant dans le bassin, se termine par une vessie de forme conique, allongée.

Après avoir ouvert la paroi de l'abdomen, au niveau de l'insertion du cordon, pour suivre le trajet des vaisseaux dont nous venons de parler, on tombe dans une petite cavité séreuse dans laquelle se trouve une anse intestinale qui nous paraît constituer à elle seule le canal intestinal. Cette anse est retenue par le petit mésentère dont nous avons parlé, et dans lequel va se perdre le vaisseau qui nous paraît être la veine ombilicale. A la partie inférieure, cet intestin rudimentaire plonge dans le tissu cellulaire du bassin, et solidement accolé à la vessie, il se termine, sur le plancher du périnée, par un cordon fibreux qui se perd en se divisant dans le tissu cellulaire de cette région.

L'insufflation, pratiquée par l'intestin, distend la vessie, et montre ainsi que ces deux organes communiquent l'un avec l'autre; mais des efforts assez grands n'amènent pas la sortie de l'air par l'orifice extérieur que nous avons signalé en commençant, et qui nous paraît être l'orifice de la vulve. Un rein unique, globuleux, du volume d'un gros pois, occupe la partie supérieure et postérieure de la petite cavité péritonéale. Ce rein, dans lequel on distingue assez bien la substance corticale de la substance tubuleuse, donne naissance à un bassinet par lequel on peut faire pénétrer un stylet dans l'uretère, et de là dans la vessie.

Le squelette présente des particularités très remarquables. Nous avons dit que les membres inférieurs paraissaient assez bien conformés; il n'en est pas de même du bassin : celui-ci, en effet, en grande partie cartilagineux, est constitué par les deux os iliaques, qui se réunissent à la partie antérieure et forment la symphyse du pubis, comme cela a lieu dans l'état normal; mais à la partie postérieure, ces deux os s'unissent l'un avec l'autre sans l'intermédiaire du sacrum, qui n'existe pas. Il est impossible de trouver aucun point osseux ou cartilagineux le représentant, lui, ni le coccyx, ni les vertèbres lombaires. Il n'existe donc aucune trace de

colonne vertébrale. Cette circonstance tout exceptionnelle doit faire ranger ce monstre dans une catégorie à part parmi les acéphales déjà décrits. La colonne vertébrale ou des rudiments de cette colonne se rencontrent, en effet, dans des monstres en apparence moins développés que celui-ci. M. Désormeaux et M. Gervais (de Montpellier) ont décrit dernièrement un pseudacéphale qui avait tout à fait l'apparence de ce que les anciens appelaient une môle, et qui avait une colonne vertébrale mieux conformée que les autres parties du squelette.

Il nous reste à examiner ce petit appendice dont nous avons parlé, et qui, inséré au-dessus du cordon ombilical, nous paraissait devoir représenter, à lui tout seul, la partie supérieure du corps. Cet appendice et ses deux petits prolongements constituent, en effet, les deux membres supérieurs. A gauche et en partant de l'extrémité libre, on trouve les deux dernières phalanges d'un doigt qui se continuent avec un petit os unique qu'on pourrait appeler métacarpien; puis vient un autre petit os, muni de deux renflements cartilagineux qui paraissent représenter les parties antibrachiale et brachiale. De ces corps ronds, cartilagineux, ayant l'apparence de kystes, la ponction fait sortir un liquide analogue à la synovie. Du côté droit, la série, commencée par deux doigs isolés en partie, se continue par deux métacarpiens, deux os carpiens, deux os antibrachiaux, qui viennent s'unir à un corps cartilagineux analogue à ceux du côté opposé et formé de deux globes placés bout à bout, et dont le plus interne est uni par des liens fibreux à celui du membre gauche. Entre ces deux membres thoraciques ainsi constitués et en avant d'eux, se trouve une petite pièce osseuse aplatie latéralement, et présentant à peu près la forme d'un croissant. Si l'on voulait voir dans cette pièce un rudiment de vertèbre, ce serait la seule trace de la colonne vertébrale. M. Geoffroy Saint-Hilaire, qui a examiné ce fœtus, pense que ce petit os appartient plutôt aux membres supérieurs qu'à la colonne vertébrale, dont il n'existe réellement aucun vestige; peut-être représente-t-il les clavicules ou une des pièces du sternum.

Nous pensons que, malgré la présence de ses membres supérieurs rudimentaires, on peut faire rentrer le monstre dont nous venons de donner la description dans le genre péracéphale, mais

que l'absence de colonne vertébrale doit lui faire donner une place à part dans la classification de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

TUMEUR CANCÉREUSE DU CERVEAU. — Observation par M. BAUDOT.

Le nommé X..., âgé de cinquante-six ans, exerçant la profession de jardinier, demeurant à Charonne depuis quinze ans, d'une bonne santé habituelle, entra à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Moutard-Martin) le 27 janvier 1859.

Ce malade offrait l'état suivant : la parole était embarrassée, et il ne pouvait donner de renseignements sur le début et la marche de la maladie qu'avec beaucoup de difficulté et d'incohérence. Nous apprîmes néanmoins des parents que depuis un laps de temps qu'ils ne peuvent déterminer d'une manière précise, le malade était en proie à une céphalalgie assez vive et plus violente en certains moments que dans d'autres; que le 24 janvier 1859 il avait tout à coup, à la suite de douleurs de tête assez violentes, offert tous les symptômes d'une *attaque d'apoplexie*.

Nous ne pûmes savoir si la céphalalgie était plus violente d'un côté que de l'autre ; mais ce fait que le malade portait souvent la main au côté gauche de la tête porte à croire qu'elle était plus vive de ce côté. Quoi qu'il en soit, à son entrée à l'hôpital, le malade offrait une hémiplégie du côté droit. On constatait assez facilement l'abolition de la motilité dans toute la moitié du corps, diminution de la sensibilité dans le côté correspondant. En effet, lorsque l'on pinçait, irritait la peau de l'avant-bras ou de la cuisse, le malade manifestait la douleur qu'il ressentait par ses plaintes et ses cris, et néanmoins la sensibilité n'était pas aussi vive que du côté opposé.

La bouche était déviée du côté gauche, la langue du côté droit; le pouls était régulier, lent, et ne battait que 58 fois par minute ; la langue était humide, le malade pouvait balbutier quelques mots difficilement compréhensibles. Pédiluves sinapisés et lavements émollients.

Le 4 février, le malade présenta une attaque épileptiforme dont la durée peut être évaluée à vingt minutes, attaque caractérisée par des convulsions ayant surtout lieu dans les muscles de la partie

paralysée et par de l'écume à la bouche, une respiration stertoreuse, une perte complète de connaissance avec accélération du pouls et rougeur de la face.

Une saignée fut pratiquée, des sinapismes appliqués le soir, et le malade fut mis à la diète complète. Le lendemain, tous ces phénomènes avaient disparu et le malade offrait l'état habituel. Six jours après, M. Martin ordonna des pilules de strychnine. Ces pilules furent continuées jusqu'au 17 février sans que le malade ait ressenti aucune secousse tétanique, bien que le 12 février on ait donné 2 pilules de 1 centigramme chacune ; on cessa alors les pilules, et aucune médication ne fut employée jusqu'au jour de la mort du malade, qui arriva le 6 avril 1859. Pendant tout ce laps de temps, le malade n'avait offert de digne d'être mentionné que deux attaques semblables à la première, et de temps à autre des convulsions dans la partie paralysée, convulsions qui deux fois cessèrent sous l'influence de l'application de dix sangsues derrière les oreilles. Au commencement de mars, le malade perdit l'usage de la parole.

Le 6 avril, au matin, le malade avait présenté quelques mouvements convulsifs des membres, la face était un peu injectée, et le pouls s'était un peu accéléré, puis l'intelligence disparut totalement, et, à cinq heures du soir, une sueur abondante couvrait le corps du malade ; le pouls battait 128 fois par minute, la peau était chaude, la tête renversée en arrière et la respiration stertoreuse. Il ne tarda pas à mourir dans la soirée.

Autopsie. — Tumeur de forme ovoïde, offrant le volume d'un gros œuf de poule, située au-dessus du ventricule gauche du cerveau, avec lequel elle n'avait, d'ailleurs, aucune connexion, s'avançant jusque dans le lobe antérieur sans l'occuper entièrement, et laissant entre sa partie antérieure et l'extrémité du lobe correspondant du cerveau un intervalle de 3 centimètres. La surface de la partie malade était séparée des membranes cérébrales par une distance de 2 centimètres environ. La tumeur se prolongeait jusque dans le lobe postérieur de l'extrémité duquel elle était distante de 5 centimètres à peu près. La pulpe cérébrale environnante était ramollie dans une épaisseur de 1 centimètre 1/2 environ. La surface de la coupe de la tumeur n'offrait pas une coloration uniforme, mais un mélange de parties jaunâtres avec d'autres parties moins

foncées ; et à la partie antérieure de cette tumeur se trouvait un petit kyste de la grosseur d'une noisette, contenant une substance gélatineuse, transparente et de couleur rougeâtre. En avant de ce kyste se trouvait une substance absolument semblable, mais non enkystée.

Rapport de M. le docteur ALFRED FOURNIER *sur l'observation précédente.*

Au point de vue de l'étiologie, je n'ai à dire que quelques mots. Le malade de M. Baudot était âgé de cinquante-six ans ; c'est l'âge où se développent en général les productions cancéreuses, et en particulier celles qui affectent le cerveau, bien qu'on ait signalé la présence de tumeurs semblables chez de jeunes enfants. C'était un homme, et, comme on le sait, les tumeurs cérébrales sont plus fréquentes dans le sexe masculin, ainsi que le prouvent les observations d'Abercrombie.

La symptomatologie doit nous arrêter davantage.

1° Un des symptômes plusieurs fois signalé dans l'observation de M. Baudot, c'est la céphalalgie. Depuis longtemps, dit notre collègue, le malade était affecté d'une céphalalgie assez vive, plus violente en certains moments, cessant quelquefois totalement ; il est probable même qu'elle se faisait sentir plus particulièrement du côté gauche, puisque le malade portait fréquemment la main vers ce côté.

C'est là, je n'ai pas besoin de le dire, un des symptômes habituels des tumeurs cérébrales. Dans 68 observations analysées avec soin, M. Durand-Fardel a trouvé cette céphalalgie signalée 60 fois. Il n'en est pas de même dans le ramollissement chronique ; la céphalalgie y est plus rare, le même auteur ne l'y a rencontrée que 24 fois sur 53 cas. M. Calmeil a noté de même que dans 44 observations de tumeurs de l'encéphale non tuberculeuses, ce symptôme était signalé 33 fois. La céphalalgie n'est pas seulement remarquable par sa fréquence dans les tumeurs du cerveau ; elle l'est encore par sa nature et par son siége. C'est en général une céphalalgie vive, souvent même excessive, arrachant des cris, surtout dans les paroxysmes, intermittente au début et plus tard continue. Ces caractères se retrouvent mentionnés dans l'observation de

M. Baudot. Le fait de la localisation de la céphalalgie du côté où siége la tumeur n'est pas moins constant que la douleur elle-même. Suivant M. Calmeil, les douleurs sont presque constamment bornées à un côté de la tête, caractère qu'il donne comme spécial aux tumeurs du cerveau. Dans le ramollissement, au contraire, la céphalalgie est générale. Ajoutons encore que dans cette dernière maladie elle est en général moins intense. On a dit que ces douleurs de tête ne se font pas sentir lorsque les tumeurs ne déterminent aucun travail périphérique; qu'elles ne se produisent que dans le cas où, siégeant au voisinage des méninges, elles donnent naissance à une congestion du côté des membranes. Ces deux assertions sont, je pense, exagérées. S'il est démontré que des tumeurs cérébrales ont pu exister longtemps sans développer de phénomènes douloureux, il est moins évident que l'apparition des douleurs coïncide toujours avec le début du travail inflammatoire périphérique. D'autre part, il existe des observations de tumeurs centrales du cerveau ayant donné lieu à une céphalalgie violente, sans qu'on trouvât à l'autopsie des lésions phlegmasiques du côté des méninges.

2° *Accès épileptiformes.* — On sait que les accès épileptiformes ont toujours été considérés comme un symptôme propre aux tumeurs du cerveau. Ils constituent l'une des formes symptomatologiques qu'admettait Abercrombie. Cette forme serait caractérisée, d'après lui, par des convulsions sans aucune affection des sens, précédées seulement de violents paroxysmes de céphalalgie. Suivant le même auteur, la mort survient, dans cette variété, au milieu des convulsions ou après quelques jours de coma. Il relate à ce sujet quelques observations intéressantes. M. Durand-Fardel admet de même que cette forme de convulsions est presque constante dans les tumeurs du cerveau. Elle est moins commune, au contraire, dans le ramollissement chronique, quoiqu'elle s'y observe quelquefois. M. Calmeil partage cette opinion. Il donne une description des attaques épileptiformes entièrement semblable aux phénomènes observés sur le malade de M. Baudot. Sur quelques malades, dit-il, les attaques convulsives sont amenées par de la céphalalgie. Les convulsions, sans être précisément permanentes, s'exaspèrent les dernières heures, par exemple. Enfin, dans quelques circonstances, les convulsions n'affectent qu'une partie limitée, comme un bras

ou une jambe. Il est rare que les convulsions prennent le caractère tétanique. Or que voyons-nous dans l'observation de M. Baudot? Les accès épileptiformes toujours précédés par la céphalalgie; des convulsions quelquefois générales, mais affectant surtout le côté malade, et d'autres fois spécialement le bras et le membre inférieur de ce côté; dans tous les cas enfin, ces convulsions furent cloniques.

3° *Intelligence.* — Il règne moins d'accord entre les auteurs sur ce point. D'après M. Calmeil, l'intelligence serait lésée dans la moitié des cas, et les désordres se traduiraient par le trouble des idées, l'exaltation, la violence, la perte de la mémoire, l'affaiblissement des facultés allant jusqu'à la démence. M. Andral, au contraire, maintient que l'intelligence reste intacte dans le plus grand nombre des cas. M. Durand-Fardel se range à cette dernière opinion. Dans l'observation de M. Baudot, l'intelligence était affaiblie, mais non complétement abolie, si ce n'est pendant la durée des accès épileptiformes. Dans l'intervalle de ces accès, le malade paraissait s'intéresser à tout ce qui l'entourait, et donnait des signes qui témoignaient de la conservation des facultés intellectuelles.

4° Un symptôme intéressant observé sur le même malade, c'est la *difficulté de la parole*, puis l'*abolition* complète de cette faculté. Je ne reviendrai pas à ce sujet sur les idées bien connues de M. Bouillaud, non plus que sur les objections soulevées contre elles. Je rappellerai simplement que, dans le cas actuel, la tumeur, qui occupait principalement le lobe moyen, s'avançait en partie dans le lobe antérieur, et se prolongeait aussi quelque peu dans le postérieur. D'après M. Calmeil, la parole serait moins fréquemment lésée par les tumeurs que par le ramollissement du cerveau.

5° Un phénomène signalé dans une foule d'observations de tumeurs cérébrales, c'est la cécité. Ce symptôme n'a pas été présenté par le malade de M. Baudot, ce que peut d'ailleurs expliquer le siége de la tumeur. Je dois remarquer toutefois, à ce dernier propos, qu'en certains cas la cécité a été observée avec des tumeurs situées de telle façon qu'elles ne devaient exercer aucune compression sur les nerfs optiques et leurs racines.

6° Un dernier point intéressant à étudier, c'est la durée de vie que permettent de semblables tumeurs. M. Calmeil admet que

les malades peuvent continuer à vivre au delà d'une année, deux, trois, quatre ans et même plus. Dans les premiers temps, ajoute-t-il, l'équilibre des fonctions de la vie organique n'est pas troublé ; les malades vaquent à leurs occupations, prennent de la nourriture, agissent comme s'ils étaient dans de bonnes conditions de santé. Plusieurs éprouvent seulement, pendant les attaques de céphalalgie et les accès convulsifs, des vomissements et de l'accélération dans le pouls ; la crise passée, ces accidents, d'ailleurs légers, disparaissent. Au fur et à mesure que les crises deviennent plus graves, plus longues, plus rapprochées, l'ensemble des fonctions purement animales s'exécute moins bien. Les individus s'affaissent, deviennent pâles ; ils sont en général contraints de s'imposer un régime. Cependant ils continuent à se lever, autant que la paralysie ne s'y oppose pas d'une manière absolue. C'est ordinairement après quelques semaines, quelques mois d'une santé languissante, qu'un accès convulsif prolongé, accompagné de coma, met fin à l'existence. Ce tableau reproduit, à quelques exceptions près, ce qui a été observé sur le malade de M. Baudot. Lorsque ce malade entra à l'hôpital, il était affecté déjà depuis plusieurs mois d'une céphalalgie assez vive, s'exaspérant à certains moments ; et le début de la maladie remontait sans doute plus haut, puisque, comme le dit M. Calmeil, l'équilibre de la vie organique n'étant pas troublé dans le principe, les malades agissent comme s'ils étaient dans de bonnes conditions de santé. Cette céphalalgie intermittente fut suivie d'une attaque apoplectique, suivie d'hémiplégie incomplète, qui força le malade à rester au lit, sans lui ôter la faculté de voir, d'entendre et de comprendre. A dater de ce moment, des attaques épileptiformes se montrèrent de temps à autre ; et enfin, c'est après deux mois de cette santé languissante qu'un accès convulsif prolongé amena la mort.

Ont été nommés.

Membre titulaire : M. Gérin-Roze.

Membres adjoints : MM. Ed. Cruveilhier et Paul.

Membre correspondant : M. Michou.

XXXVe ANNÉE. — AVRIL 1869.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — 2. Rétrécissement de l'orifice mitral. — 3. Embolies multiples de l'artère pulmonaire. — 4. Cancer du rein droit. — 5. Calculs rénaux. — 6. Tubercules de la prostate. — 7. Tumeur cancéreuse du sein chez l'homme. — 8. Péricardite hémorrhagique. — 9. Hydrophobie. — 10. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — 11. Tumeur squirrheuse développée dans les ganglions du médiastin. — 12. Compression des nerfs optiques et olfactifs par des dépôts fibrineux. — 13. Polype naso-pharyngien.

OBSERVATION. — Tumeur cancéreuse du médiastin supérieur, altération des ganglions thoraciques et abdominaux, par M. Ch.-T. Mauriac, interne des hôpitaux ; — Rapport sur l'observation précédente, par M. le docteur Millard.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. A. M. *Beaumetz* présente : un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du côté gauche. Bruit de souffle au premier temps, maximum d'intensité à la pointe du cœur, pouls très faible, hypertrophie considérable, battements du cœur irréguliers, congestion pulmonaire, albuminurie, ascite, œdème généralisé. A l'autopsie, on trouve de nombreux foyers apoplectiques récents dans les poumons : le cœur est très volumineux, et les angles de cet organe sont arrondis ; les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées. La valvule mitrale est très épaisse ; ses deux parties sont soudées et ne laissent plus entre elles qu'une ouverture circulaire qui ne permet pas l'introduction du petit doigt : pas de production calcaire ; les oreillettes sont énormes. Aucune lésion de l'orifice aortique ni dans le cœur droit.

2. B. Un autre rétrécissement auriculo-ventriculaire du côté gauche : bruit de souffle au premier temps, maximum à la pointe du cœur, pouls petit; battements irréguliers analogues au bruit de rappel; ascite, œdème très considérable, érisypèle gangréneux. Ici le cœur est encore plus volumineux que dans le cas précédent; les oreillettes surtout sont très hypertrophiées; la valvule mitrale est épaissie; dans son angle interne, on trouve une production calcaire de forme semi-lunaire qui embrasse en le rétrécissant l'orifice auriculo-ventriculaire; cette production osseuse est très irrégulière, et sur les bords de l'orifice sa surface est à nu. L'ouverture auriculo-ventriculaire a une forme semi-lunaire et présente dans son plus grand diamètre 3 centimètres; le petit diamètre n'atteint pas 5 millimètres.

---

3. M. *Fritz* montre un exemple d'*embolies multiples des branches de l'artère pulmonaire*. Les embolies occupent, à droite et à gauche, plusieurs branches du second ordre et, en outre, un assez grand nombre de ramifications périphériques ayant le diamètre d'une plume de corbeau. Elles siégent toutes au niveau des points où le vaisseau, en se divisant en deux ou plusieurs branches, diminue brusquement de calibre; elles ont toutes une forme plus ou moins irrégulièrement cylindrique, ovoïde; quelques-unes sont très limitées, et forment en quelque sorte soupape au-devant de la naissance d'une branche; d'autres se prolongent plus ou moins dans les ramifications artérielles. Dans quelques points, on voit deux ou trois oblitérations distinctes, circonscrites dans les rameaux d'une même branche, et, entre les points oblitérés, des parties où le calibre du vaisseau est parfaitement conservé. Nulle part l'oblitération ne se prolonge dans les dernières ramifications visibles à l'œil nu.

Les caractères physiques de ces embolies varient beaucoup. Elles sont toutes formées par des concrétions fibrineuses plus ou moins décolorées, et d'une consistance plus considérable que les caillots qui se forment dans le cœur pendant l'agonie.

Les unes présentent un aspect chagriné, des espèces de cannelures qui correspondent à des couches d'une coloration plus foncée.

D'autres ont une surface lisse. La couleur des premières est d'un rouge vineux ; ailleurs la coloration est grisâtre ou jaunâtre ; l'une de ces embolies est tout à fait blanche, et offre à peu près la consistance des tissus fibreux. On retrouve cette consistance avec une texture fibrillaire ; les autres ont, pour la plupart, une texture grenue, grumeleuse, et se laissent assez facilement écraser. Çà et là on voit encore une espèce de coque fibreuse décolorée, enveloppant une masse plus molle couleur chocolat ou lie de vin.

Dans leur rapport avec les parois artérielles, les embolies affectent également des dispositions très variées. Il en est qui flottent librement dans l'intérieur du vaisseau, et parmi celles-ci les unes sont assez volumineuses pour boucher complétement le calibre, tandis que d'autres laissent un espace libre plus ou moins considérable entre leur surface et la paroi vasculaire. Dans quelques points, l'embolie a contracté des adhérences filamenteuses faciles à détruire ; ailleurs ces adhérences sont beaucoup plus intimes, et il est impossible d'enlever les concrétions sans les déchirer. Les embolies les plus adhérentes qui font réellement corps avec les tuniques artérielles, sont aussi celles qui, à en juger par leur coloration, leur consistance, etc., sont manifestement les plus anciennes.

Les tuniques vasculaires ne présentent aucune altération au niveau des embolies qui ne sont pas adhérentes, et même au niveau de celles qui le sont très peu. Dans les endroits où les adhérences sont plus résistantes, ces tuniques sont le siége d'un léger épaississement, d'une espèce d'induration, traces manifestes d'un travail inflammatoire à peu près éteint. Enfin, parmi les caractères anatomiques des embolies, il en est un qui ne se retrouve bien manifeste que pour les plus récentes : c'est la présence autour d'elles ou au delà de coagulations plus nouvelles coiffant ou enveloppant très exactement les embolies, mais nettement limitées par les contours plus ou moins irréguliers de celles-ci. Le tissu pulmonaire est absolument normal dans l'étendue presque entière des poumons ; il est seulement un peu œdémateux dans quelques points.

Cette pièce provient d'un homme mort d'un énorme cancer de l'estomac, compliqué de péritonite suppurée, et, en outre, de *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit. Les veines

crurale, iliaque externe et iliaque primitive, de ce côté, sont remplies par des caillots anciens, ayant généralement une coloration vineuse et une consistance qui les fait ressembler à de la chair musculaire, caillots très adhérents aux parois veineuses qui sont épaissies et condensées. Le calibre de ces vaisseaux est au moins le double de celui des vaisseaux correspondants du côté gauche. Les concrétions se terminent par un prolongement long d'un centimètre environ, irrégulièrement cylindrique, qui fait saillie dans la veine cave.

M. Fritz ajoute : Il serait difficile de trouver une pièce où les caractères assignés par le professeur Virchow aux embolies fussent plus nettement accusés. Détachés de ces concrétions qui faisaient saillie dans la veine cave, et dont le sommet était sans cesse heurté par le courant de la veine iliaque gauche, qui le frappait presque perpendiculairement, de nombreux fragments ont été charriés dans le cœur droit et dans les branches de l'artère pulmonaire. Le siége constant de ces concrétions au niveau d'une division de l'artère, leur forme, la présence évidente des coagulations secondaires autour d'elles dans quelques points, l'absence de toute lésion anatomique des parois vasculaires au niveau des plus récentes, leur disposition échelonnée avec intervalles libres çà et là, enfin le manque de toute altération du parenchyme pulmonaire, qui aurait pu comprimer les vaisseaux et y déterminer la coagulation du sang, tels sont les principaux caractères qui démontrent jusqu'à l'évidence qu'il ne s'agit pas de caillots formés sur place dans les branches de l'artère pulmonaire, mais de caillots migrateurs, de blocs erratiques, de véritables embolies.

M. *Millard* regrette l'absence de détails cliniques dans l'observation. Il aurait désiré savoir si, à une époque plus ou moins avancée de la maladie, on constata quelques phénomènes morbides du côté de la poitrine. Il est bien extraordinaire, en effet, que des embolies aussi anciennes et aussi nombreuses n'aient pas déterminé de lésions du poumon, et que l'on ne trouve ni congestion, ni œdème, ni apoplexie.

M. *Fritz* répond que les oblitérations pulmonaires s'étant faites successivement, l'organe a pu s'y habituer ; il n'est pas étonnant dès lors de ne rencontrer aucune altération.

M. *Millard*. Je le répète, il y a là pour moi deux faits extraordinaires : l'absence de symptômes et l'absence de lésions avec un aussi grand nombre d'oblitérations.

M. *Fritz*. L'intégrité du parenchyme pulmonaire, dans des cas semblables, a été constatée par Virchow, et dans les expériences qu'il a faites sur les animaux, soit avec des morceaux de caoutchouc, soit avec de la moelle de sureau, il n'a observé ni gangrène, ni congestion, ni œdème. Il n'en était pas de même lorsqu'il expérimentait avec des caillots putrides.

M. *Millard*. La pièce que présente M. Fritz ne me paraît pas très démonstrative ; je ne vois pas pourquoi les caillots ne se seraient pas formés sur place. J'hésite à admettre avec autant de certitude que l'a fait le présentateur l'existence d'embolies multiples. C'est sur une série d'hypothèses qu'est basée son opinion, et je désirerais avoir ici la démonstration d'un fait pathologique. Ce cas me paraît douteux et n'apporter aucune preuve bien irrécusable à l'appui de la doctrine de l'embolie.

---

4. M. *Soulié* fait voir *un cancer du rein droit*.

Une femme âgée de soixante-trois ans entre le 27 mars 1860 dans le service de M. Malgaigne, à l'hôpital de la Charité. Elle est malade depuis environ trois ans, mais on ne peut lui faire préciser le début d'une tumeur qu'elle porte dans l'abdomen ; cette tumeur occupe presque tout le ventre, elle est peu mobile ; développée surtout dans le flanc droit, elle dépasse la ligne médiane du côté gauche. Elle est indolente à la pression, elle donne au doigt qui l'explore la sensation d'une fluctuation obscure. La malade, dans un état très avancé de marasme, épuisée par une diarrhée abondante, succombe quelques jours après son entrée.

L'*autopsie* montre une tumeur faisant en quelque sorte corps avec le rein droit, mais dont la forme et la couleur sont distinctes de celles de cet organe. Cette tumeur a le volume d'une tête d'adulte environ ; sa surface, légèrement bosselée, est d'un blanc grisâtre ; elle n'offre d'adhérences avec le péritoine épaissi à son niveau que dans sa partie postérieure. Le tissu morbide qui la con-

stitue présente un aspect blanc-grisâtre presque uniforme : à la partie supérieure se trouvent des cavités plus ou moins larges contenant un liquide rouge sale. Le tissu rénal a été envahi par la matière cancéreuse qui se montre sous forme de noyaux dont le volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette. Capsule surrénale intacte, uretère perméable, caillots très adhérents dans la veine rénale. L'examen de la tumeur, fait par le présentateur et par M. Martin-Magron, y a montré des cellules épithéliales et quelques éléments fibro-plastiques. Les ganglions mésentériques avoisinant le rein sont volumineux et contiennent de la matière cancéreuse.

M. *Caudmont* fait observer que, malgré le volume énorme de cette tumeur, la malade n'a jamais eu de douleurs bien vives. Dans plusieurs cas analogues, dit-il, j'ai constaté le même fait ; parfois même il n'y a aucune altération du côté de l'urine. Ce liquide offre sa coloration normale. Il est un signe fort important et qui peut conduire au diagnostic : ce sont les fréquentes hématuries. A plusieurs reprises ce signe m'a été d'un grand secours pour reconnaître le cancer du rein, lorsqu'un examen attentif a fait constater que la vessie n'est le siége d'aucune lésion. Je ferai remarquer aussi que, parmi les cancers, celui du rein produit moins souvent que les autres l'état cachectique.

---

5. M. *Royer* présente deux *calculs rénaux*.

Madame G..., quarante-trois ans, entre à la Maison de santé, service de M. Bourdon, le 7 avril. Cette femme, d'une forte constitution et d'un embonpoint remarquable, n'a jamais eu d'affection rhumatismale, aucun trouble digestif ; rien de particulier du côté des organes génito-urinaires.

Quinze jours avant son entrée, étant convalescente d'une forte bronchite, elle fut prise de symptômes d'embarras gastrique (céphalalgie, langue sale, inappétence et vomissements). Un vomitif la soulage momentanément ; mais bientôt les vomissements reparaissent. Elle entre le 7 avril à la Maison de santé. Pas de fièvre, un peu de céphalalgie, ventre un peu douloureux.

Le 12 avril, douleur très vive dans le flanc droit; pas de fièvre; 15 sangsues.

Le 13, la douleur persistant, on applique 10 nouvelles sangsues.

Le 14, frisson et vomissement verdâtre.

Le 15, frisson intense pendant la visite; encore des vomissements; ventre un peu tendu, rénitence dans tout le flanc droit avec douleur toujours vive. Les urines sont claires, mais peu abondantes. Dans la journée il se manifeste des convulsions; le facies est très altéré.

Le 16, nouvelles convulsions, pouls très petit.

Le 17, elle meurt dans les convulsions.

Autopsie. — Foie volumineux dépassant de cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes, et présentant sur sa face convexe des adhérences, traces d'une péritonite ancienne, remontant probablement à 1849, époque à laquelle la malade eut un ictère.

Le rein droit ne présente aucune trace d'inflammation dans son atmosphère celluleuse. Il est augmenté d'au moins un tiers de son volume. L'uretère correspondant est aussi gros que le petit doigt, bien qu'il n'existe aucun obstacle au point de son ouverture dans la vessie.

Le tissu du rein est anémié et les deux substances confondues; les calices sont dilatés, de manière à former dans l'intérieur de l'organe deux cavités principales séparées par une cloison. A chacune de ces cavités correspond une branche d'un calcul qui occupe tout l'intérieur du bassinet, lequel n'est pas augmenté de capacité. Ce calcul, dont la forme générale est celle d'une corne d'abondance, a sa concavité tournée en dehors; son extrémité bouche complétement l'entrée de l'uretère.

Bien que la malade ne se fût jamais plainte du flanc gauche, j'ai trouvé à l'autopsie les mêmes altérations, avec cette différence que le rein gauche était un peu moins gros que le droit, que l'uretère n'était pas dilaté, et que le calcul qui remplissait complétement le bassinet envoyait trois prolongements, au lieu de deux, dans les calices.

Les deux calculs, du reste, ont la même apparence; leur couleur est d'un jaune clair, ils sont formés par l'agrégation d'une foule de petits grains du volume d'une petite tête d'épingle, constituant plusieurs plans stratifiés, comme on le voit surtout sur le cône

du calcul du rein gauche. L'analyse chimique a démontré qu'ils étaient composés d'urate d'ammoniaque et d'un peu d'oxalate de chaux.

---

6. M. *Guerlain* montre des tubercules de la prostate.

X... (Paul), quarante-trois ans, garçon, employé, d'un tempérament scrofuleux, d'une constitution mauvaise, est entré déjà il y a quelques années dans le service de M. Laugier pour une tumeur blanche du coude gauche, pour laquelle ce chirurgien lui a pratiqué d'abord la résection des extrémités articulaires, puis ensuite l'amputation du bras au tiers moyen.

Depuis quelques années le malade a remarqué que son urine est trouble et que de temps à autre il pisse difficilement. Quelques douleurs au périnée et dans le rectum, pas de constipation ni de diarrhée.

Jamais de chancres, deux blennorrhagies qui ont duré trois à quatre mois chacune.

Au moment de son entrée à l'hôpital, nous trouvons un malade affaibli, maigre, mais avec des fonctions digestives en bon état.

Respiration rude au sommet droit, avec expiration prolongée, douleur périnéale; la miction se fait bien, dépôt purulent dans l'urine.

Par le toucher rectal, on sent la prostate volumineuse, surtout à droite; à gauche, elle est irrégulière, sans bosselures.

Le 2 avril, à trois heures du soir, frissons intenses qui se répètent le 3 et le 4, sans point de côté, sans douleur localisée, sans crachats, sans souffle ni râles dans la poitrine. Pas de douleur de ventre.

Mort le 24 avril dans le coma.

Autopsie. — Adhérences pleurales des deux côtés; poumons farcis de tubercules miliaires des deux côtés dans toute leur étendue; au sommet du côté droit, une très petite caverne; cœur sain.

Petite vessie à colonnes, ses parois ont plus d'un centimètre d'épaisseur. La muqueuse vésicale présente un certain degré de cystite, surtout près du col. Dans la prostate, grosse comme un œuf de poule, on trouve à gauche une cavité irrégulière comme

grenue contenant du pus et communiquant avec l'urèthre par deux orifices pouvant admettre une plume d'oie.

Ce foyer contient encore de la matière tuberculeuse ramollie; il mesure 2 centimètres 1/2 de long sur 1 centimètre 1/2 de large; son plus grand diamètre n'est pas complétement parallèle à l'urèthre, mais oblique de haut en bas et de dehors en dedans, par rapport au canal. Le lobe droit de la prostate présente, très près de la face antérieure, deux tubercules crus, l'un gros comme une fève, l'autre plus petit qu'un pois.

Les vésicules séminales sont saines.

---

7. M. *Marcowitz* fait voir une *tumeur cancéreuse du sein chez l'homme.*

La tumeur est située sur le grand pectoral, mobile sur son aponévrose, adhérente à la peau dans toute son étendue; elle est oblongue et mesure dans son grand axe 12 centimètres, dans son petit 7 centimètres 1/2. Elle est bosselée, tant sur sa face cutanée que sur sa face profonde; ces bosselures sont au nombre de dix ou douze, mais ne sont pas franchement limitées entre elles comme dans les adénoïdes.

A la coupe, elle crie sous le scalpel comme un tissu fibreux. La surface de la coupe est d'un gris rosé et huileux; des traînées rouges indiquent la présence de vaisseaux; vers son centre, on remarque trois points, dont un plus considérable, d'une couleur jaunâtre, ressemblant à du pus concret ou à de la matière tuberculeuse en voie de ramollissement. Cette matière s'énuclée avec facilité et n'a aucune espèce d'adhérence celluleuse ou cellulo-vasculaire, ce qui indique que les parties qui la constituent ne vivent plus de la vie commune de la tumeur. Par le raclage, on obtient un suc lactescent très abondant.

M. Robin, qui a fait l'examen de la tumeur, a trouvé qu'elle était formée par une trame fibreuse, d'ailleurs peu abondante, qui retient dans ses mailles des cylindres d'épithélium devenus pavimenteux par segmentation de la matière amorphe d'interposition. Ces cylindres ne sont plus entourés de membrane propre glandulaire. Les épithéliums, outre le changement qu'ils ont éprouvé par

le passage à l'état de cellules et l'hypergenèse dont ils sont le siége, se sont encore énormément hypertrophiés. Toutes les cellules sont nucléolées. Quant aux points jaunes qu'on remarque au centre de la tumeur, ce sont des épithéliums passés à l'état phymatoïde par la présence dans l'intérieur des cellules d'une grande quantité de granules graisseux réfractant fortement la lumière et qui masquent le nucléole et même le noyau.

M. *Baudot* présente une *péricardite hémorrhagique.*

X..., quarante-cinq ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a environ trois mois, époque à laquelle il éprouva de la dyspnée et de l'oppression. Se trouvant plus souffrant depuis la fin de février, il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié (service de M. Becquerel), le 18 mars 1860.

On constata les symptômes suivants : dyspnée, oppression, teinte anémique de la face avec coloration violacée des lèvres, léger œdème des membres inférieurs, pouls petit, irrégulier, dépressible.

Au niveau de la région précordiale, matité commençant à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule, se continuant avec la matité de la région hépatique, ayant environ 20 centimètres d'étendue. Léger bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à la base du cœur et au premier temps, ne se prolongeant pas dans les vaisseaux; battements du cœur superficiels, irréguliers, avec dédoublement du second bruit.

Digestions lentes, diminution de l'appétit.

Râles sibilants dans la poitrine.

Depuis l'entrée du malade jusqu'à l'époque de sa mort, 18 avril 1860, rien de particulier à noter.

Autopsie. — Péricarde considérablement dilaté, contenant une grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent; parois épaissies, tapissées à leur intérieur de fausses membranes, surtout en avant, où les deux feuillets de la séreuse sont réunis; volume du cœur normal.

Poumons, foie, rate et reins sains.

---

9. M. *Gros* rapporte le fait suivant :

Le 22 mars on amène à l'hôpital Lariboisière (service de M. Tardieu) le nommé F..., âgé de vingt-neuf ans, tonnelier. Il est dans une agitation extrême, il a les yeux hagards, il se plaint de souffrir dans les membres et d'avoir une soif très vive ; ses réponses sont brèves et entrecoupées. On prescrit une potion éthérée. A peine eut-il bu quelques cuillerées, qu'il se refusa obstinément à en prendre de nouveau.

On prit sur ce malade quelques renseignements ; on sut que sa mère était morte folle et que son père, à plusieurs reprises, avait donné des signes d'aliénation mentale. Le 14 juin 1859, F... fut mordu par le chien de son oncle ; la plaie fut lavée, pansée, et la cicatrisation s'opéra en dix jours. Quant à l'animal, il n'a jamais été malade.

Le 18 mars 1860, F... commença à devenir triste et rêveur. Le 20, après une conversation qu'il eut avec un de ses amis sur les chiens enragés, il ressentit une certaine constriction à la gorge en même temps qu'il avait une grande répugnance pour toute espèce d'aliments ou de boissons. Le soir, il fut pris de délire et se précipita sur son oncle, mais sans lui faire aucun mal. La journée du 21 se passa avec des alternatives de calme et de délire. Le 22, au matin, quelques crachotements, pas de convulsions.

Le 23, à la visite, le malade est assis sur son lit, en proie à une agitation extrême ; sa face est fortement congestionnée, son pouls est fréquent, irrégulier ; sa peau est fraîche ; bruits du cœur normaux, irréguliers. Le malade refuse toute boisson. A midi, violentes convulsions de tout le corps. Figure violacée exprimant la terreur. Respiration embarrassée, irrégulière ; bave visqueuse et brunâtre que le malade lance toutes les cinq ou six secondes à une grande distance de son lit. A deux heures, sa respiration s'arrête; le malade meurt subitement.

Autopsie. — Piqueté de la substance blanche du cerveau; les veines du cerveau et les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noir. Hypertrophie des glandes qui se trouvent en arrière du V lingual. Rougeur et congestion des piliers du voile du palais, des amygdales et de la trachée. Liquide spumeux en grande abondance dans les bronches ; congestion des poumons.

---

10. M. *Colombel* présente un *anévrysme de l'aorte.*

R..., trente-neuf ans, blanchisseuse, entre le 13 mars 1860 à l'hôpital de la Charité (service de M. Briquet). Le début de la maladie remonte à deux ans. A cette époque, elle éprouva des battements de cœur, de l'essoufflement, et fut obligée pour quelque temps de suspendre ses travaux. Au mois d'octobre 1859, elle vit apparaître dans le second espace intercostal, du côté droit, une tumeur ayant à peu près le volume d'une noix.

Depuis cette époque jusqu'au moment où la malade entra à l'hôpital, la tumeur s'accrut; l'essoufflement augmenta et les palpitations, devenant plus fortes, l'empêchèrent de se livrer à aucun travail.

Le 13 mars, jour de son entrée, on constate l'état suivant : face pâle, empreinte d'une vive souffrance ; gêne très grande de la respiration, œdème des membres inférieurs, peu d'appétit, pas de sommeil à cause de la position assise que la malade est obligée de tenir pendant la nuit.

Du côté des poumons, râles crépitants et sous-crépitants aux deux bases, surtout à gauche.

Pas d'augmentation de volume ni de déplacement du cœur. Bruits de souffle double ayant leur maximum à la base, le plus fort au premier temps, se prolongeant dans le tronc brachio-céphalique.

Au-devant des deuxième, troisième, quatrième et une partie de la cinquième côte, tumeur régulière de forme conique ayant environ 10 à 12 centimètres de diamètre; elle est le siége de battements violents et d'un mouvement d'expansion très fort. Pouls régulier des deux côtés, très petit, mou et facilement dépressible à droite. Pas de bruit de souffle dans les artères brachiales ou crurales. Les jours qui suivirent n'offrirent rien de particulier à noter; mais dans la nuit du 18 mars survinrent des phénomènes de suffocation qui menacent la vie de la malade. Le lendemain, on constata une augmentation très manifeste dans le volume de la tumeur. Le lendemain 19, il y a un œdème douloureux du sein droit.

La gêne de la respiration augmente de jour en jour; il y a de temps à autre des accès de suffocation. On n'entend plus le murmure vésiculaire dans le poumon droit. L'état général est très mau-

vais, il y a de l'anorexie, de l'insomnie; l'œdème est devenu presque général. Pas d'albumine dans les urines. La mort survient le 5 avril.

Autopsie. — Pas de lésions des viscères contenus dans la cavité abdominale.

Le cœur est augmenté de volume; pas d'épanchement dans le péricarde; endocarde et orifices du cœur sans altérations; dilatation très grande de l'aorte dès son origine, se continuant jusqu'à l'aorte descendante. Plaques athéromateuses du bord droit de la crosse de l'aorte; deux orifices limités arrondis, dont les collets semblent se continuer avec la tunique interne de l'artère: l'un situé au niveau de la première courbure du vaisseau, mesure 8 à 9 centimètres de diamètre, conduit dans une tumeur à parois lisses, moins épaisses que celles de l'aorte, renfermant un caillot d'ancienne formation constitué par des couches de fibrine imbriquées. Cette tumeur est en rapport inférieurement avec le bord droit du péricarde, supérieurement avec une seconde tumeur anévrysmale, dont elle est séparée par une cloison assez épaisse, à la partie antérieure avec le sternum, dont elle a détruit le périoste ainsi qu'une partie du tissu de l'os.

L'autre orifice, situé au niveau du sinus, conduit dans une tumeur plus volumineuse qui occupe la plus grande partie de la cavité thoracique du côté droit et comprime le poumon. On peut considérer à cette tumeur deux parties : l'une interne, située dans la cavité thoracique; l'autre externe, située sur la paroi externe du thorax. La première est plus volumineuse que la deuxième.

La première portion se trouve exactement comprise entre les première et cinquième côtes, qui forment ses limites supérieure et inférieure, et latéralement elle s'étend du bord latéral droit du sternum, à 16 ou 18 centimètres de ce bord, à la colonne vertébrale. Sa face externe est partout lisse et polie, et affecte des rapports avec les organes voisins, à l'aide d'un tissu cellulaire lâche, si ce n'est avec le poumon, auquel elle est intimement unie; recouverte par la plèvre, qui lui donne son aspect lisse et poli, elle est en rapport avec le lobe supérieur du poumon droit, qui lui adhère intimement, un peu avec le lobe moyen. Elle se trouve encore en rapport avec la crosse aortique, les vaisseaux pulmonaires droits, la trachée, l'œsophage et le pneumogastrique du

même côté; aucun de ces organes, si ce n'est le poumon, ne nous paraît avoir été comprimé, tous les autres n'adhèrent que faiblement à la tumeur et en sont facilement séparés, ne paraissant avoir subi aucune altération de structure. En enlevant la plèvre, on trouve une paroi semblable à la paroi artérielle, offrant à l'intérieur un aspect lisse et poli, et ne présentant aucun produit athéromateux semblable à ceux que nous avons vus sur la crosse de l'aorte.

La deuxième portion de la tumeur, ou portion extrathoracique, n'est que la continuation de la première, avec laquelle elle communique largement, à l'aide de l'écartement des deuxième et quatrième côtes, et de la rupture de la troisième, sans qu'il y ait le moindre rétrécissement ni le moindre indice pouvant faire croire à l'existence de deux tumeurs superposées. Ses dimensions sont d'environ 12 centimètres de dehors en dedans, et 8 à 9 centimètres de haut en bas. Ses parois sont tapissées à l'intérieur par de la fibrine, sous laquelle on retrouve une paroi lisse et polie, plus mince que la partie intrathoracique, mais renforcée en dehors par le muscle petit pectoral, avec lequel elle affecte des rapports intimes. Toute cette partie de la tumeur est comprise entre les deuxième et quatrième côtes.

Toute la tumeur, quelle que soit sa portion, est remplie par un caillot volumineux, composé de fibrine d'ancienne formation, et constitué par des couches concentriques, parfaitement imbriquées l'une sur l'autre, et laissant apercevoir le noyau à son centre. Mais ce caillot est entouré par un épanchement sanguin de date beaucoup plus récente, et paraissant avoir pris naissance au niveau des points rompus de la troisième côte. Un sang noir et épais le constitue, se laisse facilement enlever et laisse à découvert la partie du caillot dont je viens de parler.

Cette tumeur a exercé sur les côtes une pression qui a produit certaines altérations. On trouve, en dedans, de l'usure portant sur les première, deuxième et quatrième côtes, et sur les fragments qui restent de la troisième. La première côte n'est qu'un peu dénudée à sa face interne. Quant à la deuxième, il y a usure de toute cette même face et de son bord inférieur, qui est réduit à un bord tranchant et irrégulier; la troisième a cédé à l'effort de la pression, et s'est rompue dans une étendue d'environ 6 à 9 cen-

timètres, les extrémités sont irrégulières, dentelées, et laissent parfaitement voir les traces de l'usure. La quatrième côte enfin est également érodée à sa face interne, et laisse voir un bord supérieur irrégulier, aminci et réduit aussi à un bord tranchant; son altération est cependant moins avancée que celle de la deuxième côte. Je ferai remarquer que la deuxième et la quatrième côte sont aussi un peu déviées de leur direction naturelle, et forment une légère courbe pour circonscrire la tumeur; courbe à concavité inférieure pour la deuxième, à concavité supérieure pour la troisième.

---

11. M. *Dieuzaide* fait voir une *tumeur squirrheuse*, développée dans les ganglions du médiastin.

P..., cinquante-cinq ans, sergent de ville, entre à l'hôpital le 15 janvier. Depuis longtemps le malade s'est aperçu que son cou est devenu plus volumineux et plus dur sans qu'il ait jamais éprouvé ni douleur ni gêne dans cette région. Il y a quinze jours seulement que la respiration est devenue très difficile, et s'accompagne d'un bruit de cornage.

La déglutition est pénible. La voix est altérée, sourde, presque abolie.

État actuel, 16 *janvier* 1860. — On trouve une tumeur qui occupe la partie médiane et latérale droite du cou, et qui s'enfonce profondément dans le thorax.

Cette tumeur est dure, aplatie, sans battements, sans bruit de souffle. La peau qui la recouvre n'est pas tendue et présente encore les traces d'un vésicatoire appliqué en ville.

Il y a une aphonie complète. La respiration est devenue de plus en plus difficile. Le malade a des accès de suffocation pendant lesquels la face prend une teinte violacée; le pouls petit, très fréquent; l'asphyxie imminente. La trachéotomie est pratiquée par M. Michon.

Le chirurgien fait sur la ligne médiane, au niveau du larynx, une incision de 6 centimètres environ, qui se prolonge au-dessous de cet organe. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire, M. Michon arrive sur une tumeur qui l'empêche de sentir même le cartilage cricoïde, et, *à fortiori*, la trachée. Des veines placées

en avant sont coupées et donnent un écoulement de sang assez considérable pour que l'opération soit suspendue.

Le malade est rapporté dans son lit. Sous l'influence du débridement et de l'émission sanguine, le malade se trouve mieux.

Le 17, le 18 et le 19 janvier, l'état du malade ne s'aggrave point.

Le 20, les accès de suffocation sont redevenus fréquents, et le malade éprouve une oppression extrême. M. Michon incise alors la tumeur, puis la membrane crico-thyroïdienne, et le cartilage cricoïde. Ce second temps de l'opération semble apporter quelque amélioration dans l'état du malade.

La journée se passe d'une façon assez calme, mais la nuit surviennent des accès de suffocation.

Mort à quatre heures du matin.

Autopsie. — Au-dessous des muscles de la région sous-hyoïdienne on trouve une tumeur de couleur blanc-bleuâtre, d'une consistance lardacée, criant sous le scalpel, et laissant suinter à la coupe un suc analogue au suc cancéreux. Cette tumeur a 10 centimètres dans son sens vertical, 6 dans le transverse, et 5 dans le sens antéro-postérieur.

Elle a pour limite supérieure le bord du cartilage thyroïde, et pour limite inférieure la bifurcation de la trachée. Plus développée du côté droit, elle a seulement repoussé en dehors la carotide primitive, la veine jugulaire et le nerf pneumogastrique gauches, tandis qu'elle englobe à droite l'origine de la carotide et de la sous-clavière, ainsi que le pneumogastrique et le récurrent. Ce dernier nerf paraît un peu atrophié, sans lésion apparente de structure.

La partie médiane du corps thyroïde semble faire corps avec la tumeur. Il n'en est point de même des lobes latéraux qui lui adhèrent d'une manière intime, mais dont le tissu est parfaitement normal.

Le calibre de la trachée est diminué et le tuyau aérien offre une forme prismatique triangulaire.

Quelques cerceaux de la trachée ont été détruits à leur partie médiane et antérieure, si bien que dans un endroit la tumeur vient faire saillie dans l'intérieur du canal.

La tumeur n'a contracté aucune adhérence avec le sternum, au

niveau duquel elle présente une sorte d'étranglement, mais elle adhère intimement au poumon droit. L'œsophage, parfaitement sain dans toute son étendue, n'a subi qu'un aplatissement d'avant en arrière.

M. Heurtaux, qui a fait l'examen microscopique de la tumeur, y a trouvé :

1° Des noyaux soit libres, soient entourés d'une cellule. Ces éléments ne diffèrent pas notablement, pour la plupart, de ceux qu'on rencontre dans le corps thyroïde de beaucoup d'adultes; quelques-uns étaient cependant un peu plus volumineux.

2° Une trame constituée par beaucoup de matière amorphe, d'apparence fibroïde, et quelques éléments fibro-plastiques fusiformes. Nulle part on n'a rencontré trace de la cellule dite cancéreuse.

M. *Verneuil* ne s'étonne nullement que l'opération n'ait amené qu'un soulagement momentané chez ce malade, elle est le plus souvent inefficace et insuffisante dans de pareilles circonstances, puisque la compression a lieu au-dessous du larynx.

Bonnet (de Lyon) propose, pour faire cesser les accidents que provoquent ces tumeurs engagées derrière le sternum et la clavicule, de les soulever, de les porter en avant, de les désenchâsser, pour ainsi dire, du cercle osseux qui les étreint à l'orifice supérieur du thorax. Cette méthode a pour but d'éviter leur étranglement à ce niveau, et l'on peut parfaitement voir, sur la pièce qui est présentée ici, une portion de la tumeur rétrécie juste à l'endroit qui correspond à ce cercle osseux. Les incisions faites au cou agissent comme saignées locales, et servent au débridement des aponévroses très résistantes dans cette région du corps. La tumeur peut alors s'épanouir en quelque sorte à l'extérieur, et, par suite, comprime d'autant moins la trachée; mais ces incisions sont insuffisantes, et si l'on voulait obtenir une cure radicale, il faudrait avoir recours au procédé de Bonnet.

Il est évident, pour quiconque veut examiner cette pièce avec attention, que le calibre de la trachée est diminué, et l'on n'a pas lieu de s'étonner des accidents asphyxiques que le malade a éprouvés après la laryngotomie. C'est un fait aujourd'hui bien établi que les rétrécissements de la trachée, même assez minimes (un

tiers par exemple), donnent lieu à des accès de suffocation terribles. Se fait-il là une congestion passagère? Y a-t-il un spasme de tout l'arbre aérien auquel le pneumogastrique ne serait pas étranger? C'est une question difficile à résoudre.

M. Verneuil ne conteste pas que les nerfs récurrents ne soient comprimés, et que cette compression n'empêche l'action des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; mais il lui semble clair que, par le fait même de l'ouverture du larynx, on neutralise tous les accidents qui pourraient être sous la dépendance du défaut d'action de ces muscles.

M. *Cruveilhier*. Pour moi, la nature de la tumeur n'est pas douteuse; c'est du cancer et du véritable cancer. Le suc blanc que l'on fait suinter par la pression à la surface des incisions est un signe pathognomonique.

Reste la question de siége. Je ne crois pas, ainsi que M. Dieuzaide nous l'a dit, que la tumeur ait pour siége l'isthme du corps thyroïde; je ferai remarquer d'abord que les lobes latéraux de la glande n'ont point été envahis, ensuite que la tumeur descend assez bas pour englober une portion de l'aorte. Ces deux circonstances me porteraient à penser que le point de départ de la dégénérescence n'est pas dans l'isthme du corps thyroïde, mais bien dans les ganglions du médiastin antérieur. On sait que ces glandes sont fréquemment affectées de cancer ou de tubercules. Sur la pièce que nous avons sous les yeux, il n'est pas impossible que le développement du produit accidentel se soit fait de bas en haut plus que de haut en bas.

M. *Houël* est tout à fait de l'avis de M. Cruveilhier sur le siége de la tumeur, et cite, à l'appui de son opinion, des cas analogues recueillis par Hourmann.

---

12. M. *Ed. Simon* présente le cerveau d'une femme chez laquelle existait *une compression des nerfs optiques et olfactifs par des dépôts fibrineux*.

V..., âgée de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, n° 11, le 21 novembre 1859, raconte que depuis 1853 elle est prise de douleurs de tête très violentes, revenant

à des intervalles assez rapprochés. En 1855, elle s'aperçut que son œil gauche avait perdu graduellement la faculté d'être impressionné par les corps lumineux. Dans les premiers jours du mois de septembre 1859, sans cause connue, la céphalalgie s'est montrée avec plus de violence et est devenue continue. Elle a, en outre, perdu la vue du côté droit, en sorte qu'elle est complétement aveugle. Les iris restent contractiles.

On constate, de plus, que cette femme a complétement perdu le sens de l'odorat des deux côtés, bien que la pituitaire reste très impressionnable à la titillation, à quelque profondeur qu'on l'excite.

Sens de l'ouïe, du goût et du toucher conservés.

Tout mouvement de la tête est douloureux.

La peau est chaude, sèche, le pouls fréquent, 120, dur, petit, point de délire ni de convulsions ; pas d'analgésie.

Perte d'appétit, soif assez vive, constipation. L'état comateux devient de plus en plus prononcé, et il n'est bientôt plus possible d'en faire sortir la malade. Mort le 24 novembre.

Autopsie. — Congestion du diploé des os crâniens et des méninges.

Quantité assez considérable d'un liquide séreux, louche, opalin, contenu dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux distendus.

Dépôts blanc-grisâtre, vraisemblablement fibrineux dans la pie-mère, particulièrement sur le trajet des vaisseaux cérébraux moyens, mais surtout très prononcés au niveau du chiasma, des nerfs optiques, des tubercules mamillaires et des espaces perforés antérieurs. Atrophie notable des nerfs optiques et des nerfs olfactifs, teinte grise et consistance fibreuse des premiers.

Déformation notable du chiasma, qu'il est difficile de retrouver au milieu du dépôt fibrineux.

Ramollissement superficiel du cerveau autour de ces points ; ramollissement du trigone cérébral.

Les rétines, examinées avec soin, n'ont rien présenté de particulier.

Liquide spumeux dans la trachée et les bronches.

Congestion générale des viscères.

Dans le petit bassin on trouve une tumeur du volume d'une

orange soudée en arrière au rectum et à l'appendice cæcal, faisant corps en avant avec l'utérus dévié à gauche, avec l'aileron postérieur du ligament large du côté droit; la trompe en est parfaitement distincte, mais l'ovaire, perdu dans ses parois, paraît se trouver à la partie antérieure de cette tumeur, qui contient un liquide un peu bourbeux, brun chocolat, d'une odeur assez fétide, qui paraît être bien manifestement produit par un épanchement sanguin. La cavité de cette tumeur est divisée en deux par une cloison incomplète.

Les parois, épaisses de 1/2 à 1/4 de millimètre en général, sont confondues avec la séreuse du rectum en arrière et très minces en ce point; elles sont plus épaisses en avant, où se trouve l'ovaire droit qui contient deux petits foyers apoplectiques de la grosseur d'un haricot, renfermant des caillots, mais l'ovaire du côté gauche un peu plus volumineux qu'à l'état normal, rejeté derrière l'utérus auquel il adhère, ainsi qu'à la tumeur, vient compléter l'occlusion du petit bassin. Il contient également un foyer apoplectique renfermant un caillot noir du volume d'une fève. La trompe, de ce côté, est fixée par des adhérences sur les parois latérales gauches du bassin.

---

13. *Note sur un polype naso-pharyngien*, par M. *Brouardel*, interne des hôpitaux.

Obs. — Le 9 novembre 1859, est entré dans le service de M. le professeur Velpeau un malade nommé Dumin (Louis), âgé de dix-sept ans.

Ce malade dit que, depuis deux ans, il a éprouvé différents troubles du côté des fosses nasales. Il accuse principalement une gêne dans l'inspiration et l'expiration, gêne qui a présenté dans son intensité quelques alternatives. De plus, il est sujet depuis cette époque à des épistaxis dont l'abondance est quelquefois très considérable; il a également des vertiges, des céphalalgies fréquentes.

Cependant, sa santé générale est restée assez bonne, et il présente les attributs d'une constitution vigoureuse.

Le 9 novembre, on constate, outre les signes précédents, du côté des fosses nasales, par le doigt porté dans le fond de la gorge, une tumeur de dureté fibreuse qui remplit l'arrière-cavité, repousse le voile du palais en bas, mais dont le pédicule ne peut être nettement limité, surtout en avant et à droite.

L'examen fait par l'orifice antérieur des fosses nasales ne permet de constater la présence de rien d'anormal.

Quant aux troubles fonctionnels, ils consistent surtout dans une tendance très prononcée à un sommeil profond dont il est quelquefois difficile de tirer le malade. L'expiration est gênée, accompagnée d'un ronflement très sonore pendant le sommeil. La prononciation est très altérée, nasonnée. La déglutition est restée libre.

Cet état persiste jusqu'au 23 janvier sans présenter de notables différences.

Le 23 janvier 1860, M. Velpeau se décide à une opération destinée surtout à remédier aux accidents immédiats portant sur la respiration. Il étrangle une portion de la tumeur dans la chaîne d'un écraseur et extrait une partie de tumeur du volume d'un marron.

Le polype est examiné par M. Heurtaux, qui lui reconnaît tous les caractères du tissu fibreux.

Pas d'accidents immédiats; pas d'hémorrhagie. Le malade se trouve soulagé, la respiration est plus libre.

24 *janvier*. — Dans la journée, le malade s'est levé, est allé se promener dans les cours par un temps froid. Le soir, frisson. Douleur à la gorge. Rougeur prononcée de l'isthme du gosier.

26 *janvier*. — Fièvre intense, vomissements. Céphalalgie. Respiration pénible. Délire.

27 *janvier*. — Tuméfaction des parties molles de l'orbite. L'état général s'est aggravé. Délire. Pouls, 120.

28 *janvier*. — Délire la nuit. Le matin, coma; gonflement général de la face. Pupilles inégales.

30 *janvier*. — L'état général a persisté. Mort dans la nuit.

31 *janvier*. — *Autopsie*. — On trouve à l'autopsie les lésions d'une méningo-encéphalite violente avec du pus dans la scissure de Sylvius, et un ramollissement du cerveau au même niveau à droite.

De plus, les parties molles de l'orbite sont infiltrées d'une sérosité assez visqueuse.

En enlevant avec soin le polype avec les os sur lesquels il s'insère, et pour cela pratiquant une coupe verticale antéro-postérieure des fosses nasales passant par la cavité gauche, puis détruisant la voûte palatine en gardant les parois du pharynx, on trouve d'une façon évidente que le polype présente des insertions très multiples. Sa couleur est gris-rosé, un peu plus foncée, plus brillante dans la fosse nasale droite, qu'il a envahie presque tout entière.

Il s'insère :

1° Par une grosse racine à la base de l'apophyse basilaire, par une implantation extrêmement solide. Cette insertion, d'ailleurs, est située

plutôt à la jonction de l'occipital avec le sphénoïde qu'à l'apophyse basilaire elle-même ;

2° Cette insertion se continue sans séparation avec d'autres qui occupent les fosses nasales, savoir, les sinus sphénoïdaux, dans lesquels il s'insère et dont les parois sont brisées ; les cellules ethmoïdales, les parois du vomer jusqu'au niveau du cornet inférieur, et ces insertions se font en avant jusqu'au point où cesse le polype, c'est-à-dire que la tumeur ne dépasse pas en étendue les bornes de ses points d'insertion.

Les os du nez, vomer, lame perpendiculaire, parois du sinus maxillaire, sont intacts, sauf le cornet de Morgagni, qui est repoussé. La tumeur ne donne aucun prolongement dans les sinus maxillaires. Les adhérences sont très solides. On peut sur le vomer, les cellules ethmoïdales et sphénoïdales, décoller le périoste de l'os, mais cela en quelques points seulement. Dans la plupart, on arrache l'os en même temps. Quant à l'apophyse basilaire, l'adhérence est telle que l'arrachement est totalement impossible.

Un point sur lequel il me semble important de fixer l'attention, c'est que ces insertions étaient partout continues à elles-mêmes ; que nulle part il n'y avait interruption.

M. *Verneuil* présente, à propos de la première pièce de M. Brouardel, quelques réflexions sur l'implantation du polype, sur le traitement qui a été employé et sur le procédé qui, suivant lui, aurait pu être mis en usage.

Il constate d'abord que l'implantation est très étendue d'avant en arrière ; elle commence à la surface basilaire de l'occipital, se prolonge sur la face inférieure du corps du sphénoïde, et paraît envahir la plus grande partie de la face inférieure de l'ethmoïde et des cellules ethmoïdales ; en un mot, elle paraît occuper à peu près tout le plafond d'une des fosses nasales ; il est difficile de sentir si les adhérences qui ont lieu au niveau du sphénoïde et de l'ethmoïde sont des insertions primitives ou seulement des adhérences secondaires ; toutefois il existe une fusion si intime entre la masse morbide et les cavités ethmoïdales et sphénoïdales, que l'on trouve mélangées au tissu fibreux bon nombre des lamelles osseuses minces qui servent de parois au sinus sphénoïdal et aux cellules de l'ethmoïde. M. Verneuil incline beaucoup vers la première hypothèse, c'est-à-dire qu'il est convaincu que les adhérences susdites sont de véritables implantations. En effet, des observations assez nombreuses prouvent que l'insertion des polypes naso-pharyngiens ne

se fait pas aussi exclusivement qu'on l'a dit à l'apophyse basilaire. Très souvent elle s'effectue également sur la face inférieure du sphénoïde, à la partie la plus élevée du vomer, à la racine des apophyses ptérygoïdes, enfin à un point quelconque de la paroi supérieure des fosses nasales, quoique presque toujours à la base du crâne. L'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde, la racine des apophyses ptérygoïdes, l'articulation supérieure du vomer, sont si rapprochées qu'on comprend facilement ces insertions multiples pour peu que le pédicule du polype soit volumineux et étendu.

Pour le second point, tout en approuvant l'usage de l'écrasement linéaire, il regrette qu'aucune opération préliminaire n'ait été faite pour faciliter l'abord de l'insertion du pédicule, aussi la section n'a-t-elle retranché qu'une petite portion de la tumeur, ce qui permet d'affirmer que le mal aurait bientôt repris ses dimensions premières. La mort n'a pas laissé se produire ce résultat nécessaire, ce qui prouve entre autres choses que bon nombre d'opérations palliatives, timides et incomplètes à dessein ont souvent la gravité des tentatives radicales sans en avoir les avantages.

Quelques faits exceptionnels rares et d'une authenticité douteuse ne sont pas de nature à contredire la proposition suivante : *Dans l'état actuel de la science, le traitement des polypes naso-pharyngiens exige impérieusement une opération préliminaire, c'est-à-dire la création d'une voie artificielle destinée à conduire l'œil, la main ou les instruments du chirurgien sur le lieu direct de l'implantation du polype.*

Si dans le cas présent on avait pu prévoir l'étendue et la situation exacte des insertions, à quelle opération préliminaire aurait-on pu recourir avec le plus d'avantage? Ici M. Verneuil examine rapidement les procédés de la méthode de Manne, ou voie buccale, puis la résection partielle ou totale de l'os maxillaire supérieur (méthode de Flaubert, ou voie faciale); enfin il pense que la méthode ancienne, ou voie nasale, injustement abandonnée, aurait trouvé ici son application : ouvrir le dos du nez vers sa racine, sectionner le polype avec l'écraseur ordinaire; toucher la pointe d'implantation avec le fer rouge, ou mieux encore le galvano-cautère, le tout en une ou deux séances. Enfin, procéder à une rhinoplastie primitive ou secondaire; tel est le plan qui, suivant M. Verneuil, aurait été préférable.

Cette manière de faire compte déjà quelques succès authentiques. M. Roux, en 1849, en a publié un bel exemple (*Gazette des hôpitaux*) suivi de considérations intéressantes sur la nature et le lieu d'implantation des polypes naso-pharyngiens. On a publié depuis quelques observations qui méritent examen et qui recommandent la voie nasale, surtout si l'on profite, pour la pratiquer, du nouveau procédé ostéoplastique mis récemment en usage dans un cas semblable par le professeur Langenbeck (de Berlin).

Ce qui impose à M. Verneuil une extrême répugnance pour le procédé de M. Nélaton (procédé dont l'utilité ne saurait être révoquée en doute), c'est surtout la longueur extrême du traitement et la grande proportion de morts déjà consignée.

En s'en rapportant aux chiffres encore trop peu nombreux, à la vérité, l'opération par la voie nasale, ou l'extirpation préalable du maxillaire supérieur serait d'une innocuité presque absolue.

M. *Houël*, après avoir insisté sur les points d'insertion du polype, fait remarquer que l'implantation du polype est très étendue ; c'est là un fait assez exceptionnel. Dans ce cas, ajoute-t-il, je pense que la méthode par la voie antérieure offrirait l'inconvénient de ne pouvoir attaquer suffisamment et pendant assez longtemps le polype à l'aide de cautérisations consécutives ; l'opération préliminaire ne permettant pas de laisser l'ouverture béante pendant longtemps. C'est un des avantages au contraire de la méthode de M. Nélaton, de donner un libre accès au chirurgien pour les cautérisations.

M. *Péan* revient sur les mêmes arguments en faveur de la méthode de M. Nélaton. On peut, par ce procédé, attaquer directement l'insertion du polype à l'apophyse basilaire, et au moyen de petites flèches caustiques, attaquer les prolongements du polype même jusqu'à la partie antérieure des fosses nasales.

M. *Dolbeau*. Messieurs, je trouve que la Société, en discutant aussi à fond la valeur des procédés opératoires, perd son caractère de Société d'anatomie. Nous sommes là pour constater un fait; voyons ensemble la pièce, et que la Société se prononce; voilà je crois quelle doit être notre mission.

Vous savez, messieurs, que la méthode opératoire appliquée par M. Nélaton à la cure des polypes naso-pharyngiens, méthode qu'on

semble attaquer avec passion, repose sur cette donnée anatomique : les polypes sont pharyngiens avant de pénétrer dans les fosses nasales et leurs dépendances, donc, c'est dans le pharynx qu'il faut agir. De plus, comme ces polypes ont une racine qui doit être complétement détruite, si l'on veut éviter la récidive, M. Nélaton déclare qu'il faut porter le caustique sur le lieu d'implantation, d'où la nécessité d'avoir une voie constamment ouverte jusqu'à ce que toutes les racines du mal soient complétement détruites.

Messieurs, mon maître, M. Nélaton, n'a ni inventé la section de la voûte du palais, ni la cautérisation, comme moyen de détruire les tumeurs, mais c'est à lui que revient l'honneur d'avoir formulé que la hauteur des polypes naso-pharyngiens comporte : 1° une opération préliminaire ayant pour but de découvrir la surface d'implantation du polype; 2° l'excision des polypes ; 3° la destruction successive des racines du mal par le caustique et au moyen d'une voie toujours ouverte.

Tout cela, messieurs, repose sur cette notion que les polypes ne s'insèrent que sur cette portion de la base du crâne qui forme la paroi supérieure du pharynx. Si, au contraire, les polypes ont des origines dans les fosses nasales, dans les différents sinus, la destruction des racines ne pourra se faire par la méthode du chirurgien de la clinique. Vous voyez donc bien que c'est une question d'anatomie qu'il est très important de juger avec la pièce qui nous est présentée.

L'autopsie du sujet ayant été faite dans de mauvaises conditions, je déclare que la pièce présente des difficultés réelles d'interprétation. Cependant je crois, contrairement à l'opinion émise par M. Verneuil, que le polype a eu pour origine la portion pharyngienne de la base du crâne. Il y a bien une grande partie de la tumeur qui occupe les fosses nasales, qui présente des adhérences avec les tissus fibro-muqueux de la région ; mais si vous regardez attentivement, vous constaterez comme moi que la portion nasale diffère comme aspect de la portion pharyngienne. La première est mamelonnée, rosée, assez bien isolée; la deuxième est blanche, fibreuse, semble naître des os de la base ; de plus, elle a l'air plus vieille que celle qui occupe les fosses nasales; ce sont des choses qui se voient, qui se sentent plutôt qu'elles ne sont aisées à rendre par des mots. Voyez la pièce, mais mon opinion est très

nette ; la racine du mal était dans le pharynx ; la portion nasale eût pu être arrachée, la portion pharyngienne est fixée à la base du crâne et d'une manière si intime que maintenant encore il serait impossible de l'arracher. C'est cette portion qui aurait dû être attaquée par le caustique, et cela après la résection de la voûte palatine et l'incision des parties saillantes de la tumeur.

M. Guyon et M. Trélat ont partagé ma manière d'interpréter la pièce de M. Velpeau.

Tumeur cancéreuse du médiastin supérieur, altération des ganglions thoraciques et abdominaux, par M. Ch. T. Mauriac, interne des hôpitaux.

Le 23 décembre 1859 entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, D..., quarante-quatre ans, charpentier en bateau, domicilié à Saint-Mandé.

Cet homme, d'une intelligence très obtuse, ne donne que des renseignements très imparfaits sur le début de sa maladie. Il dit avoir été pris vers le 3 ou 4 novembre d'une dysenterie grave qui l'a forcé de garder le lit depuis cette époque, n'a jamais pu être arrêtée complétement, et a déterminé un amaigrissement très rapide, ainsi qu'une très grande faiblesse des membres inférieurs. Le jour de son entrée, son visage est coloré d'un rouge foncé, presque vineux, et présente, en outre, une tuméfaction œdémateuse qui, sur les côtés, fait tout d'abord songer à des oreillons. Mais il est facile de s'assurer que ce n'est que de l'œdème. Les membres supérieurs, et surtout le droit, sont également très œdématiés ; du côté gauche, l'infiltration est beaucoup moins prononcée. Le malade s'est bien aperçu quelque temps avant d'être pris de dysenterie, que son visage enflait et devenait rouge quand il se baissait ; on lui disait que c'était de la mauvaise graisse, mais il n'y a pas fait d'attention. Ces caractères ne permettent pas de méconnaître une gêne très marquée dans la circulation de la veine cave supérieure. En examinant le cou et la poitrine, on constate la présence de ganglions lymphatiques nombreux, disposés en chapelet de deux côtés de la trachée, dans le triangle sus-claviculaire et à la partie postérieure, peu volumineux, indolents, mais d'une

très grande dureté. Il en existe également le long des bords supérieur et inférieur de la clavicule droite; on en trouve enfin dans les deux aisselles. Tous sont remarquables par leur forme irrégulière et leur induration comme squirrheuse.

L'examen de la poitrine ne fait constater aucune voussure, aucun battement anormal; par la percussion, on n'obtient pas de matité circonscrite bien évidente, qui permette d'affirmer la présence de la tumeur du médiastin qu'on soupçonne.

En arrière, il existe des deux côtés à la base, une matité qui est due à un double épanchement. A l'auscultation, on entend une respiration rude et soufflante sous la clavicule droite et dans les fosses sus- et sous-épineuses du côté droit; dans la fosse sous-épineuse droite, ce souffle a parfois le caractère caverneux. Pas de pectoriloquie; le malade toussant, mais n'ayant pas d'expectoration, ces signes sont rattachés à une compression exercée sur le poumon droit. Pas de bruit morbide du côté du cœur, pas de céphalalgie, pas d'épistaxis. Le malade n'accuse pas de dysphagie; il conserve un peu d'appétit, le ventre est plat et l'on n'y sent aucune tumeur; les selles sont fréquentes, involontaires, glaireuses et d'une excessive fétidité; les membres inférieurs sont d'une maigreur squelettique; dans les aines, les ganglions ne présentent pas l'induration ligneuse de ceux du cou et des aisselles.

L'âge du malade, le peu de développement et l'induration des ganglions lymphatiques, l'absence de signes positifs de phthisie pulmonaire, font rejeter l'idée d'une dégénérescence tuberculeuse *primitive* des ganglions lymphatiques, et portent à admettre l'existence d'une tumeur cancéreuse intrathoracique.

Le malade est soumis à l'usage des astringents et des toniques; mais rien ne peut arrêter la diarrhée colliquative. Dès le surlendemain de son entrée, l'œdème de la face et des membres supérieurs diminue considérablement, sans disparaître tout à fait; mais il fallait être prévenu pour retrouver l'œdème des membres supérieurs, même du côté droit. L'examen répété de la poitrine, fait par un grand nombre de personnes, ne fit guère reconnaître d'autres signes positifs de tumeur; l'hydrothorax seul augmente. Le malade, arrivé au dernier degré de la cachexie, s'éteignit le 3 janvier.

Le lendemain matin, l'autopsie fut faite.

En coupant les cartilages costaux pour enlever le sternum et ouvrir la cavité thoracique, on vit que l'extrémité supérieure de cet os adhérait à une tumeur volumineuse qui descendait à peu près jusqu'au niveau de sa partie moyenne. Pour bien circonscrire cette tumeur et pour l'extraire dans sa totalité, il fallut inciser les côtes supérieures en dehors de leurs cartilages et diviser par un trait de scie la clavicule droite vers son milieu.

Mais la tumeur n'adhérait pas seulement au sternum en arrière, elle s'insérait par un gros prolongement sur la partie latérale droite de la septième vertèbre cervicale et de la premiere vertèbre dorsale. Cette insertion était si solide qu'on ne put la rompre; il fallut couper le prolongement aussi près que possible de la colonne vertébrale.

Cette masse dure, bosselée, volumineuse, sur la nature de laquelle une première inspection ne pouvait laisser de doutes, et qui était évidemment de nature squirrheuse, occupait donc toute la partie supérieure du médiastin, immobilisée dans sa situation par les adhérences intimes qu'elle avait contractées, d'une part, en arrière avec la colonne vertébrale, d'une autre part, en avant avec l'extrémité supérieure du sternum, qui était presque convertie dans toute son épaisseur en tissu pathologique de même nature qu'elle. L'adhérence de la tumeur au sternum occupait surtout sa moitié latérale droite, se prolongeait sur la face postérieure des deux premières côtes, derrière lesquelles elle se continuait avec quelques ganglions cancéreux situés dans l'angle interne du creux sus-claviculaire.

Nous avons dit qu'en avant la tumeur descendait jusqu'au niveau de la partie moyenne du sternum; peut-être est-ce un peu plus bas qu'il aurait fallu mettre cette limite. Toujours est-il que le bord inférieur de sa face antérieure atteignait presque l'oreillette droite. En arrière, ses limites étaient moins précises ; sa configuration, plus irrégulière dans ce sens, ne permettait pas de dire exactement à quel point elle s'arrêtait, car elle se prolongeait dans l'angle des deux bronches et le long de ces canaux aériens par une série de masses d'un volume inégal, dures, adhérentes entre elles et aux parties voisines à l'aide d'un tissu cellulaire, tantôt lâche, tantôt très serré. Ces masses, qui occupaient la situation normale des ganglions bronchiques, résultaient évidemment de la transforma-

tion de ces derniers en tissu cancéreux. Ces ganglions bronchiques dégénérés étaient intimement fixés sur quelques tuyaux bronchiques qu'ils aplatissaient un peu par compression seulement, car aucun d'eux n'avait détruit les différentes tuniques qui constituent la structure normale des canaux aériens. D'autres, très volumineux, adhérents à la plèvre, recouverts sur une de leur face par le tissu pulmonaire, simulaient des tumeurs situées dans le parenchyme de l'organe ; mais il était facile de s'assurer par une dissection attentive qu'elles en étaient parfaitement indépendantes et qu'elles ne dépassaient pas l'enveloppe celluleuse qui entoure les ganglions normaux. Les veines et les branches de l'artère pulmonaire, quoique entourées par ces masses cancéreuses, n'avaient subi aucune altération dans la structure de leurs parois.

Sur la face postérieure de cette tumeur cancéreuse étaient situés les nerfs pneumogastriques et leurs divisions, qui constituent le plexus bronchique. Tous ces rameaux nerveux rampaient au milieu et dans l'interstice des ganglions bronchiques dégénérés ; mais ils ne paraissaient ni attirés dans leur nature intime, ni déformés par compression. Il en était de même des nerfs diaphragmatiques qui, en avant et sur les côtés de la tumeur, étaient en contact avec quelques-uns de ses lobules et adhéraient à quelques autres.

La masse cancéreuse, envisagée dans sa totalité, occupait surtout la partie droite du médiastin supérieur. Elle était traversée de haut en bas dans toute son étendue par la veine cave supérieure. Ce vaisseau, entouré de tous côtés par le tissu hétéromorphe, n'était libre qu'à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'oreillette. Il présentait des altérations très curieuses qui donnaient une explication fort satisfaisante des symptômes observés pendant la vie. Son calibre n'était point complétement oblitéré ; il n'y avait dans son intérieur ni concrétions fibrineuses anciennes et adhérentes, ni caillots sanguins de récente formation. Mais la paroi antérieure et les parois latérales de la veine dans toute leur étendue, la paroi postérieure dans son tiers supérieur, usées, détruites et résorbées, étaient remplacées par le tissu même de la tumeur, qui s'offrait à nu, bossué par une multitude de petits mamelons blanchâtres, durs, offrant le même aspect que la tumeur cancéreuse. Il résultait de cette disposition que le calibre du vaisseau, dans une étendue considérable, était obstrué et rétréci par ces masses qui faisaient

saillie dans son intérieur. Le sang pouvait donc circuler encore, mais difficilement, à travers les interstices de ces aspérités, dont plusieurs étaient en contact par leurs sommets opposés.

La veine azygos présentait aussi des altérations qui peuvent expliquer quelques-uns des phénomènes observés pendant la vie. — Elle était située à l'angle externe inférieur et droit de la tumeur; elle n'était en contact avec elle que par une partie très limitée de sa face supérieure; mais en ce point un lobule cancéreux la comprimait; il avait détruit ses deux tuniques interne et moyenne, et il proéminait dans son intérieur sous la forme d'une petite masse dure, jaunâtre, rugueuse, recouverte par la tunique interne transparente à travers laquelle on distinguait très nettement ses caractères. — L'embouchure du vaisseau dans la veine cave supérieure était libre, situé au-dessous des mamelons qui proéminaient sur la face supérieure, mais en face de ceux qui occupaient la paroi antérieure de la veine cave. — Cette disposition devait, sans aucun doute, gêner considérablement le dégorgement du sang de l'azygos dans la veine cave.

Sur la partie latérale gauche de la tumeur étaient situées l'aorte et l'artère pulmonaire. — Le tronc brachio-céphalique et ses deux divisions occupaient l'intérieur de la tumeur à sa partie supérieure et latérale droite. — Elles ne contenaient pas de caillots, mais la sous-clavière était un peu aplatie dans le sens antéro-postérieur, et son calibre paraissait diminué, du reste, en ce point comme dans tout le reste de son étendue; ses parois étaient saines et intactes. La trachée-artère était logée dans un sillon qu'elle s'était creusé sur la face postérieure de la tumeur à laquelle elle adhérait par un tissu cellulaire à mailles très serrées.

Les coupes pratiquées dans la tumeur et dans les ganglions bronchiques dégénérés montraient qu'elle était constituée par un tissu blanc, dur, criant sur le scalpel, ne présentant en aucun point de trace de ramollissement. Par la compression, on ne parvenait pas à faire suinter à la surface des coupes le pus blanc laiteux de l'encéphaloïde. Les poumons étaient, à leur partie postérieure, le siége d'un engorgement séro-sanguin ; ils adhéraient à la tumeur un peu en avant par leurs lames antérieures, mais surtout sur les côtés, principalement à droite. Les plèvres contenaient chacune un litre et demi à deux litres de sérosité. Le cœur

était sain; ses orifices étaient libres et ses valvules souples. Un peu de sérosité dans le péricarde dont le feuillet pariétal était légèrement épaissi et opalin. Dans son épaisseur, on voyait, en haut et en arrière, quelques petites tumeurs de nature cancéreuse dont les plus grosses avaient le volume d'un pois.

Les ganglions abdominaux dégénérés comme les ganglions bronchiques, formaient, au sommet de la colonne vertébrale, une masse dure et mamelonnée. — Le rectum, l'S iliaque et le côlon ascendant présentaient les lésions d'une inflammation chronique de la muqueuse. — Cette membrane était fort épaissie et comme infiltrée de sérosité opaline, d'un rouge violâtre, détruite dans quelques points par de petites érosions superficielles.

Extrait du rapport de M. le docteur MILLARD.

Les faits de ce genre sont rares et tout à fait dignes de la relation détaillée que nous en a faite le présentateur : aussi avais-je songé à rechercher et à rapprocher tous les cas analogues épars dans nos *Bulletins* et dans les principaux recueils scientifiques, afin d'en faire l'objet d'un mémoire spécial, lorsque, dès mes premières recherches, j'ai reconnu que j'avais été devancé dans ce genre de travail par des médecins d'un grand mérite, qui n'ont pour ains dire rien laissé à glaner après eux.

C'est ainsi que M. le professeur Nélaton a inséré, à la fin de son 3e volume, en 1854, un article très intéressant sur les tumeurs du médiastin, riche en indications bibliographiques, dont il a surtout puisé les matériaux dans la fertile collection de notre Société, et auxquels il a ajouté plusieurs observations inédites. La question a été reprise depuis sous un autre titre par un médecin distingué des hôpitaux, M. le docteur Oulmont, lequel, à la fin de l'année 1857, a présenté à la Société médicale d'observation un mémoire très complet sur les *Oblitérations de la veine cave supérieure*. En ajoutant quatre faits entièrement nouveaux à ceux que lui fournissaient les traités et recueils, il a pu réunir dix-neuf cas d'oblitération de la veine cave supérieure, qu'il a divisés en deux grandes catégories : 1° *oblitérations par concrétion* (cinq par concrétion sanguine et trois par concrétion cancéreuse); 2° *oblitérations par*

compression (cinq par tumeurs cancéreuses, deux par dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques, et enfin quatre par anévrysme aortique). Depuis la publication du mémoire de M. Oulmont, c'est-à-dire depuis deux ans, il n'a été publié, ni dans nos *Bulletins*, ni dans les journaux que j'ai eu le temps de compulser, aucun fait nouveau de tumeur du médiastin. Le numéro du mois de mars des *Archives générales de médecine* de 1860 contient seul l'analyse de trois observations de cancers intrathoraciques primitifs, publiées par le docteur Budd, médecin de King's College Hospital de Londres (*Medico-chirurgical Transactions*, 1859, 2e série, t. XXIX, p. 216). Suivant ce médecin, « les cancers *secondaires* » occupent de préférence le parenchyme pulmonaire, tandis que » les cancers *primitifs* de la poitrine se trouvent plus souvent dans » le médiastin, près de la racine des poumons. En outre, les pre- » miers s'accompagnent rarement de lésions phlegmasiques graves » des tissus au milieu desquels ils sont logés; les cancers pri- » mitifs donnent assez souvent lieu à des altérations de ce genre. » C'est surtout à ce dernier point de vue que M. Budd appelle l'at- » tention sur les trois faits qu'il publie. » (*Archives*, *loc. cit.*) — Chez le premier malade, âgé de trente et un ans, la tumeur était compliquée d'une large excavation pulmonaire ayant remplacé presque en entier le lobe supérieur; le reste du poumon était le siége d'une hépatisation grise, semée de petites collections purulentes, etc. — Chez le sujet de l'observation deuxième, âgé de vingt ans, le poumon droit avait également une couleur gris-rosé, se déchirait facilement, et était parsemé de petits abcès du volume d'une petite noix, etc. — Enfin, dans l'observation troisième, relative à un cocher de soixante-trois ans, le lobe supérieur du poumon droit était simplement réduit à un très petit volume, et renfermait quelques petites granulations cancéreuses.—Pour M. Budd, « ces lésions pulmonaires, qu'il qualifie d'inflammatoires, n'avaient » d'autre origine que la compression ou la désorganisation des » nerfs du plexus pulmonaire, nerfs *nutritifs*, dont la destruction » aurait sur le parenchyme du poumon un effet analogue à l'in- » fluence que la section du trijumeau exerce sur l'œil. »

A part cette opinion, dont la justesse me paraît contestable, mais demanderait, pour être discutée, la lecture du travail complet du médecin anglais, ce travail ne renferme, au point de

vue de la symptomatologie ou de l'anatomie pathologique des tumeurs cancéreuses du médiastin, aucun fait nouveau à ajouter à ceux qui ont été exposés par MM. Nélaton et Oulmont. Je me bornerai donc à renvoyer à ces deux auteurs pour l'histoire générale de ces tumeurs, et à vous signaler uniquement les points principaux par lesquels s'en écarte ou s'en rapproche l'exemple vraiment remarquable que nous a soumis M. Mauriac.

L'œdème de la face paraît avoir été, chez ce malade, le phénomène initial ou du moins celui qui a le premier attiré son attention ; il a été pris alors pour un embonpoint de mauvais aloi ; le jour de son entrée, cet œdème était si développé, surtout sur les parties latérales du visage, qu'il donnait au premier abord l'aspect d'une double parotide. Dans les jours qui suivirent, il n'offrit pas la constance signalée par M. Oulmont, et disparut même presque entièrement. Il resta permanent, quoique à un degré variable, dans les membres thoraciques, mais fut toujours beaucoup plus prononcé à droite.

La cyanose a presque toujours été médiocre, ainsi que la dilatation des veines superficielles. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagie nasale ou bronchique. Quant aux accidents cérébraux, le malade avait naturellement l'intelligence des plus obtuses, et, en outre, il était dans un tel état d'épuisement général qu'il était bien difficile de savoir s'il éprouvait des signes de congestion encéphalique.

La dyspnée était modérée, et la voix n'a jamais présenté la raucité qui résulte de la compression des nerfs récurrents. L'état anatomique et les rapports exacts de ces nerfs ont, du reste, été oubliés dans la description de l'autopsie. Les symptômes fournis par l'auscultation ont presque exclusivement consisté dans un souffle tubaire au sommet droit, sans mélange de râles, lequel doit certainement être attribué à la compression subie par le parenchyme pulmonaire, ainsi que cela résulte des adhérences signalées dans les régions antérieure et latérale. Comment se fait-il que la percussion pratiquée à plusieurs reprises et par un très grand nombre de personnes exercées, n'ait jamais fourni de matité assez nette pour faire reconnaître le siége précis de la tumeur? Sans doute c'est que celle-ci avait ses principales dimensions dans le sens antéro-postérieur, et qu'elle était encore recouverte en grande partie par les lames antérieures des poumons. J'ai peine à admettre, néan-

moins, en présence des résultats de l'autopsie, qu'une pareille production morbide n'eût pas pu être reconnue par un examen plessimétrique plus attentif.

J'ai réservé pour la fin l'existence d'un signe sur la valeur duquel je désire appeler un instant l'attention de la Société ; car c'est sur lui que M. Grisolle s'est principalement appuyé pour annoncer la nature cancéreuse de la maladie, et je suis étonné de voir qu'il n'a été mentionné par personne dans les cas analogues, soit qu'il ait fait constamment défaut, soit que plutôt il ait été négligé. Je veux parler de l'existence de ces ganglions lymphatiques cervicaux, sus et sous-claviculaires, et axillaires, dont l'engorgement et l'induration sont caractéristiques. Ils permettaient, en effet, d'éliminer immédiatement l'idée d'une tumeur vasculaire, soit d'anévrysme simple de la crosse aortique, soit d'anévrysme variqueux ; mais la dégénérescence ganglionnaire extrathoracique ne pouvait-elle pas être aussi bien de nature tuberculeuse que cancéreuse, et correspondre à une dégénérescence de même nature des glandes bronchiques ? Ce diagnostic a été également soulevé et écarté par les raisons suivantes : 1° l'âge du malade (quarante-quatre ans), plus en rapport avec le cancer qu'avec les tubercules ; 2° la petitesse, jointe à la dureté extrême des ganglions altérés, tandis que dans le cas de tuberculisation, ceux-ci sont à la fois très volumineux, beaucoup plus marronnés et moins résistants ; 3° l'absence de ganglions strumeux analogues dans les régions sous-maxillaires et inguinales ; 4° enfin, les progrès de la cachexie qui ne marche guère avec cette rapidité que dans les affections carcinomateuses.

J'ajouterai que M. Grisolle avait encore pour se guider dans ce diagnostic délicat le souvenir d'un malade de la province pour lequel il avait été appelé en consultation l'an dernier. A un premier examen, il n'avait pas été possible de préciser la nature de l'affection intrathoracique, et la majorité des médecins consultants inclinait pour celle qui est la plus fréquente, l'anévrysme de l'aorte, lorsqu'au bout de quelques jours, M. Richet constata, au-dessus de l'extrémité sternale d'une des clavicules, l'existence anormale d'un seul ganglion lymphatique induré et douloureux, et sur ce signe, bien léger en apparence, put néanmoins annoncer la nature cancéreuse de la tumeur médiastine. Ce diagnostic fut confirmé quel-

ques mois plus tard par l'autopsie dont la relation fut envoyée à M. Richet.

Les tumeurs cancéreuses du médiastin ne sont certainement pas toujours compliquées de cette dégénérescence ganglionnaire ; mais quand elle existe, on voit qu'elle permet presque à coup sûr de reconnaître la nature et la gravité de l'affection. Ce signe a donc une valeur capitale et devra désormais être recherché avec plus de soin qu'autrefois dans les cas d'oblitération de la veine cave supérieure où le diagnostic de la cause offre ordinairement tant d'obscurité.

C'est là le principal enseignement qui m'a paru ressortir de l'observation de M. Mauriac, et celui que j'ai tenu surtout à mettre en lumière. Beaucoup d'autres points offrent également de l'intérêt, par exemple l'envahissement par la matière encéphaloïde des parois de la veine cave supérieure ; mais je les ai négligés, parce qu'il existe déjà dans la science un certain nombre de cas du même genre (*Archives*, 1848, p. 503). Il m'a paru également superflu de discuter, comme l'avait fait M. Leudet en 1851, dans un rapport sur une tumeur cancéreuse du médiastin, présentée par M. Labric, le siége du développement primitif de la tumeur. M. Leudet a pris la peine de réfuter longuement l'opinion de Henler (de Dublin), qui pensait que la maladie ne débutait jamais primitivement dans le médiastin, mais qu'elle était toujours la conséquence d'une lésion organique d'un viscère voisin (poumons, plèvre, péricarde, etc.).

Si déjà la Société, s'appuyant sur un certain nombre de faits bien observés, n'avait donné raison à notre ancien collègue ; si M. Nélaton ne l'avait également suivi dans cette voie ; si la division du docteur Budd, que j'ai indiquée plus haut, en cancers primitifs et secondaires du médiastin, ne tranchait pas encore plus nettement la question, il me serait facile de trouver encore plus d'un argument dans l'observation de M. Mauriac. Ici, bien que la tumeur eût contracté des adhérences solides avec des vertèbres, je ne pense pas qu'elle provînt primitivement de ces os qui n'étaient pas altérés dans leur texture, non plus que des poumons, et je suis d'autant plus porté à penser que la maladie a envahi d'emblée les ganglions thoraciques qu'on a trouvé dans le ventre une dégénérescence analogue dans le mésentère, sans la moindre lésion des viscères abdominaux.

XXXVe ANNÉE. — MAI 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique. — 2. Caillots obturant l'artère pulmonaire. — 3. Fracture d'un cartilage costal. — 4. Tumeur érectile veineuse. — 5. Méningite tuberculeuse. — Nécrose des cartilages du larynx à la suite d'un érysipèle. — 7. Kyste hydatique du foie. — 8. Tumeur de la cuisse. — 9. Fracture du rocher. — 10. Corps étranger de l'articulation du genou. — 11. Enchondrome parotidien. — 12. Communication ancienne de la portion initiale du jéjunum avec la partie supérieure du côlon descendant. — 13. Tumeur du médiastin.

OBSERVATIONS. — Tubercules multiples du cervelet. Tuberculisation ganglionnaire générale, par M. CAMPANA, interne des hôpitaux.

Grossesse extra-utérine, observation et réflexions, par M. LEVEN, interne des hôpitaux. — Rapport de M. F. GUYON sur l'observation précédente.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Baudot* présente un *rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique.*

X....., quarante-cinq ans, bijoutier, d'une bonne santé, éprouvait depuis quelques mois de l'essoufflement en montant les escaliers, n'avait jamais eu de palpitations. Depuis deux mois, la dyspnée s'est accrue, il y a le soir de l'œdème aux membres inférieurs. Cet homme porte en arrière une gibbosité à convexité postérieure dirigée du côté droit. Les lèvres sont cyanosées, les mains ont une couleur violacée. Pouls à peine perceptible du côté droit, petit et régulier du côté gauche. Frémissement vibratoire perçu par la palpation, sous la clavicule droite. Matité très étendue à la partie antérieure du thorax. Bruit de souffle au premier temps du cœur, dont l'intensité va en augmentant de la pointe à la base du cœur, et atteint son maximum sous la clavicule droite. Râles sibilants et ronflants dans les poumons.

Plusieurs signes, chez ce malade, auraient pu faire songer à un anévrysme de l'aorte : la faiblesse du pouls à l'une des radiales, la matité étendue, le frémissement vibratoire. L'autopsie montra une hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur. Épaississement des valvules sigmoïdes avec dépôts cartilagineux. Rétrécissement très notable de l'orifice aortique qui ne mesure plus que 2 millimètres de diamètre. Congestion générale de tous les organes.

---

2. M. *Lancereaux* montre, sous le nom *d'embolies de l'artère pulmonaire*, une série de caillots obstruant ce vaisseau, chez une femme de soixante et dix ans, entrée le 26 avril, morte le 1er mai 1860. Femme robuste d'un embonpoint modéré, offrant toutes les apparences des malades atteints d'une affection cardiaque avancée. Face bouffie, lèvres et extrémités froides et violacées; œdème des membres, mais surtout des membres inférieurs, un peu d'ascite; quelques râles humides disséminés à l'auscultation, mais néanmoins dyspnée très grande; pouls petit et très fréquent; bruits du cœur sourds, on entend par moments un souffle rude ; toutefois les phénomènes sont difficiles à percevoir à cause de la fréquence et de la rudesse de la respiration.

Autopsie. — Le cœur est volumineux et chargé de graisse; le ventricule droit, dont la cavité est dilatée et les parois hypertrophiées, est presque aussi volumineux que le ventricule gauche. Légère dilatation de l'oreillette et de l'orifice auriculo-ventriculaire sans lésion valvulaire; intégrité de l'orifice de l'artère pulmonaire et du tronc dans ses deux tiers inférieurs; oblitération presque complète par un caillot fibrineux noirâtre de toute la branche qui se rend au poumon droit; adhérence intime du caillot à la paroi du vaisseau qui se déchire par places lorsqu'on vient à le détacher; altération dans ces mêmes points de la tunique moyenne.

Dans l'une des branches secondaires se trouve un second caillot ne se continuant pas avec le précédent, mais comme lui très adhérent à la paroi peu altérée. Plaques jaunâtres disséminées sur toutes les autres branches, sans trace de caillots; intégrité de la branche artérielle qui va au poumon gauche ; oblitération complète

par un caillot brunâtre fusiforme très adhérent de l'une de ses principales divisions, un caillot de même forme et de même consistance oblitère une branche de troisième ordre, puis on en trouve plusieurs autres dans les divisions subséquentes du vaisseau.

Le calibre de la branche artérielle est augmenté au niveau de chaque caillot, il est toujours rétréci en avant où se rencontre un coagulum blanchâtre filamenteux, se continuant par un pédicule cylindrique avec le caillot qui en est distant d'environ un centimètre. Ce petit coagulum, qui paraît être la cause du rétrécissement du vaisseau à son niveau ne pourrait-il être considéré comme ayant provoqué la formation du caillot qui le suit? Je l'avais cru tout d'abord, mais un examen plus attentif de la structure de chacune de ces concrétions fibrineuses me fit abandonner cette opinion; c'est qu'en effet la partie centrale est plus colorée, plus noire, et paraît de formation plus récente que la partie périphérique qui est plus dense, plus élastique, plus fibrineuse en un mot. Un seul caillot trouvé dans l'une des plus petites branches artérielles du poumon gauche m'a paru faire exception; la partie centrale était encore plus molle, mais elle était plus décolorée, et se trouvait composée, non plus de globules rouges, mais bien de granulations et de globules blancs. Le parenchyme pulmonaire a une souplesse et une consistance normale; si, dans quelques points, il est un peu plus mou et comme carnifié, cela tient aux adhérences qu'il contractait avec la paroi thoracique.

Le cœur gauche est volumineux; l'orifice auriculo-ventriculaire légèrement dilaté; l'orifice aortique est intact. On retrouve sur toute la longueur de l'aorte les mêmes plaques jaunes disséminées. Les veines des membres et du tronc ont été examinées sans qu'on ait pu y trouver le moindre coagulum. Le foie, la rate et les reins ont une consistance plus ferme qu'à l'état normal.

Les artères du cerveau sont malades, les méninges légèrement œdémateuses.

M. *Ed. Labbé*. La lésion anatomique mise sous les yeux de la Société est assurément très digne de tout le soin qu'a pris M. Lancereaux d'en décrire les détails les plus intimes, comme toutes celles d'ailleurs où il s'agit d'étudier le mode de formation des coagulations sanguines. Mais ce fait n'infirme ni ne confirme en

rien la doctrine de Virchow; il ne s'agit pas ici d'embolie. Depuis que ce mot est connu en France, il semble qu'on ne puisse plus rencontrer un *coagulum* dans une veine ou une artère, sans discuter la question d'*embolie*, comme si ces deux mots signifiaient la même chose. C'est là une erreur : embolie vient de *embolus* (εν, βαλλω), qui est synonyme de caillot migrateur ou exotique. Toutes les fois donc que l'on trouve dans les vaisseaux les caractères de caillots formés sur place, c'est-à-dire des caillots autochthones, sans traces de caillots transportés d'un autre point de l'arbre circulatoire, il n'y a pas la moindre embolie; or, c'est là le cas de M. Lancereaux, qui ne diffère pas de ce qu'on observe si fréquemment à la suite des maladies du cœur, et de ce qu'on observait et interprétait très bien déjà avant que Virchow eût formulé sa théorie. Pour s'en convaincre, il suffit en effet de se rappeler ce que décrivent presque tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies cardiaques (voir Bouillaud, Gendrin, Beau, Cruveilhier, dans son *Anat. pathol. gén.*, t. II, etc.). Il suffit, lorsque la mort est la conséquence de lésions du cœur, de vérifier chacune des autopsies, et l'on verra alors combien s'explique facilement le mécanisme des oblitérations de l'artère pulmonaire. Par exemple, dans le cas actuel, il y a lésion de l'orifice mitral, le sang ne passait pas librement dans l'oreillette gauche, dans le ventricule gauche; il y a eu stagnation du sang ou au moins grande gêne de la circulation dans les veines pulmonaires, dans le poumon, dans les branches et le tronc même de l'artère pulmonaire, puis dans le cœur droit, et enfin dans les veines caves, etc. De là la tendance aux congestions du foie et des autres viscères, dans beaucoup de faits semblables à celui-ci, sans compter un autre obstacle non moins grand que celui qui existe en amont de la lésion; je veux parler du défaut de l'impulsion du courant artériel. La force *à tergo* de l'ondée sanguine n'est plus suffisante pour ranimer la circulation veineuse troublée, ni *à fortiori* pour déplacer les caillots qui résultent de la stagnation du sang, car (c'est à ce second point que je voulais arriver), partout où le sang stagne, il tend à se coaguler. C'est là une loi pathologique admise par tous. Qu'y a-t-il donc d'étonnant alors que des coagulums se forment dans l'artère pulmonaire, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la théorie de l'embolie? M. Lancereaux, d'ailleurs, a décrit lui-même les caractères

de ces coagulums comme formés sur place, c'est-à-dire autochthones et comme ne venant pas du cœur droit.

Cela me conduit à toucher une seconde question, celle de l'influence de l'oblitération de l'artère pulmonaire; eh bien, j'ai été surpris, comme beaucoup d'entre vous, messieurs, d'apprendre, en lisant les travaux de Virchow, que cette lésion ne produisait pas plus souvent l'inflammation, la gangrène du poumon; mais c'est un fait que prouvent péremptoirement un grand nombre d'expériences de Virchow, et l'anatomie en donne, ce me semble, l'explication. Les artères destinées à la nutrition de l'organe pulmonaire ne viennent pas de l'artère pulmonaire, mais bien de l'aorte ou de ses branches. Quant à la mort subite, si elle n'est pas la conséquence plus fréquente aussi d'une semblable lésion, c'est que les coagulums autochthones ne se forment pas tout d'une pièce dans l'artère pulmonaire, ils oblitèrent incomplétement d'abord, et, dans le cas d'embolie, il doit en être autrement si le caillot est volumineux; aussi est-ce là surtout qu'on observe la mort subite, quoique aussi un petit caillot partant du cœur droit puisse bien se fixer dans une petite branche de l'artère pulmonaire, et ne causer alors qu'une lésion locale du point du poumon correspondant à l'oblitération.

Ainsi, M. Fritz, dans une de nos séances, a donc eu raison de dire que les accidents pulmonaires ne sont pas aussi graves à la suite d'une lésion de l'artère qu'il semblerait *à priori*.

A cette explication que je viens de donner de la formation des caillots dans l'artère pulmonaire, on objectera qu'il existe de l'artérite, et que celle-ci préexiste; mais, si cette loi est parfaitement vraie, à savoir que toutes les fois qu'il y a inflammation des parois vasculaires, il y a coagulation du sang, je répondrai que la réciproque est aussi vraie, c'est-à-dire que les coagulums sanguins peuvent déterminer une phlébite ou une artérite. Dans un rapport que j'ai lu l'année dernière, sur un cas d'artérite de l'artère fémorale attribuée à une embolie, je crois avoir démontré, en me basant sur les expériences de M. Virchow et aussi sur certains passages du *Traité d'anat. path. gén.* de M. Cruveilhier, que l'artérite, loin d'être toujours primitive, est au contraire presque toujours secondaire, consécutive à l'existence de caillots qui, d'abord libres, deviennent adhérents. Peut-être paraîtrai-je un peu absolu en di-

sant que l'artérite spontanée n'existe pas, à moins qu'il n'y ait altération préalable des parois vasculaires, telle que dégénérescences calcaires stéatomateuses, etc. (cancéreuses même pour les veines, car le cancer envahit rarement les tuniques artérielles), pourtant c'est ce que semblent démontrer et les expériences de Virchow et de nombreuses observations d'artérite, sans cause bien connue. En effet, Virchow a remarqué que des morceaux de moelle de sureau, de caoutchouc, etc., introduits dans un vaisseau, déterminent moins facilement une inflammation de ces parois que des substances organiques, telles que les caillots sanguins. Toutes les fois donc qu'une cause de coagulation existe, à l'exclusion d'une lésion artérielle, par exemple, stagnation du sang par obstacle mécanique, altération du sang dans les fièvres graves ou autres, ne sera-t-on pas en droit d'admettre que l'artérite est plutôt consécutive que spontanée ou sans cause connue? Mais cette question, pour être jugée définitivement, aurait sans doute besoin de plus amples détails qu'il ne m'est permis d'en donner ici; je me propose donc de développer prochainement cette proposition dans un travail que je soumettrai à la Société.

---

3. M. *Bonnejoy* fait voir une *fracture du cartilage costal inférieur gauche* à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde sur un sujet de cinquante-huit ans mort à l'hôpital Lariboisière.

Les fragments présentent un chevauchement considérable qui semble impossible sans déchirure du périchondre. La surface de fracture du fragment supérieur ne présente aucune trace de régénération; celle du fragment inférieur semble adhérer sans intermédiaire au tissu osseux du cal. Le cal semble formé de deux parties séparées par un tissu fibreux. En l'examinant au microscope, on ne rencontre dans son intérieur aucune cellule cartilagineuse, mais de petits globules uniformes finement granulés.

---

4. M. *Ed. Labbé* présente, au nom de M. *Cavasse*, une *tumeur érectile veineuse sous-cutanée congénitale*, développée sur le doigt

d'un jeune garçon de onze ans. Inégale, donnant à la peau une couleur violacée, elle offrait dans toute son étendue de petites bosselures. Dans les derniers temps, il se forma quelques ulcérations qui donnèrent lieu à des hémorrhagies assez abondantes. Cette dernière circonstance, la gêne apportée dans les mouvements d'extension par la présence de cette tumeur, l'altération des surfaces articulaires, déterminèrent M. Cavasse à pratiquer la désarticulation.

M. Labbé ajoute que peut-être aurait-on pu dans l'origine employer avec succès, dans ce cas, la vaccination : il a vu à l'hôpital des Enfants plusieurs cas de succès par cette méthode.

M. *Parmentier* demande quel résultat donnait la compression des artères ; si la tumeur était réductible et si elle était le siége de battements. Il ne pense pas que la vaccination soit applicable dans cette circonstance : elle doit être réservée pour les tumeurs lenticulaires.

M. *Perrin* croit qu'en raison de la trame fibreuse qui constitue la tumeur, le perchlorure de fer n'avait pas grande chance de succès.

M. *Mercier* aurait préféré avoir recours à l'électropuncture ; la partie vasculaire de la tumeur se serait oblitérée, et l'on aurait peut-être par cette méthode obtenu la disparition de la trame fibreuse dans un temps plus ou moins long.

---

5. M. *Raynaud* communique l'observation suivante :

R..., âgé de six ans, entré à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Jean, n° 12, service de M. Bouvier, fut pris, il y a deux mois, d'une diarrhée qui dura trois semaines ; puis survint une angine couenneuse. Depuis cette époque, l'enfant ne s'est pas rétabli.

A son entrée, nous constatons une déformation notable du thorax, avec saillie du rebord des fausses côtes, et une dépression sous-claviculaire du côté droit. En arrière, matité dans les trois quarts inférieurs de la poitrine, diminution du bruit respiratoire et égo-

phonie dans la moitié inférieure du thorax ; persistance des vibrations thoraciques ; pouls à 140.

5 *mai*. Même état. Râles muqueux des deux côtés. Julep, avec 1 gramme de nitre ; trois ventouses sèches.

Les jours suivants, augmentation de la fièvre ; état cachectique avancé. Pouls ondulant à 160.

Dans la journée du 8, semble se montrer une amélioration trompeuse. La nuit, vers deux heures, l'enfant s'agite, crie et meurt tout à coup sans qu'on n'ait pu lui porter aucun secours.

Autopsie. — Petite quantité de sérosité dans la plèvre droite ; couches superposées de fausses membranes ; adhérence très intime des deux feuillets de la séreuse, avec granulations miliaires ; poumon droit farci de tubercules dont le volume varie depuis celui d'un grain de blé jusqu'à celui d'une noisette. Dans le poumon gauche, quelques tubercules ; tissu d'un rouge très foncé, d'une densité considérable, surtout au sommet. Ganglions bronchiques volumineux, transformés en totalité ou en partie en tubercules de consistance et d'aspect caséeux. Dans le rein droit, gros tubercule d'un blanc jaunâtre.

Cerveau. — Injection de la dure-mère ; cavité de l'arachnoïde et ventricules cérébraux renfermant une grande quantité de sérosité ; liquide opalin dans les espaces qui séparent les circonvolutions. Sur la surface latérale et antérieure du lobe droit, l'arachnoïde est soulevée, dans une étendue de plusieurs centimètres, par un liquide rougeâtre. En incisant cette membrane, il s'écoule un liquide épais, d'un rouge lie de vin, renfermant quelques parcelles de substance cérébrale. En ce point, piqueté très marqué et ramollissement du cerveau. Injection vasculaire de la face inférieure de la protubérance annulaire et de la moelle allongée ; granulations tuberculeuses dans l'espace sous-arachnoïdien postérieur et dans les deux scissures de Sylvius. A la partie postérieure du lobe droit, à 1 centimètre environ de la surface et en arrière du ventricule latéral de ce côté, existe une tumeur du volume d'une noisette dont la partie centrale est solide, d'un blanc jaunâtre. A son pourtour se trouve une couche de substance cérébrale, épaisse, fortement congestionnée, renfermant un nombre considérable de

petites ecchymoses, les unes punctiformes, les autres offrant une certaine surface de section. Autour de cette couche, dans une étendue qui varie de 2 à 3 centimètres, la substance cérébrale, dont la consistance est du reste normale, présente une coloration d'un jaune serin très manifeste. En un mot, nous avons là toutes les apparences d'un caillot d'hémorrhagie cérébrale remontant à quelques mois.

M. Raynaud fait ensuite remarquer la marche insolite de cette méningite tuberculeuse, qui ne s'est révélée par aucun symptôme appréciable pendant la vie; puis l'absence de troubles du côté de la motilité ou de la sensibilité. Serait-ce, ajoute-t-il, en raison de la partie cérébrale lésée? J'ai déjà vu un cas dans lequel une lésion du lobe postérieur du cerveau n'avait amené aucun accident.

M. *Labbé* rappelle qu'il y a quelques mois il a présenté à la Société le cerveau d'un individu dont le lobe postérieur était le siége d'une lésion ancienne, sans que l'on ait observé pendant la vie aucun trouble de l'intelligence, de la motilité ou de la sensibilité.

---

6. M. *Guéniot* présente une *nécrose des cartilages du larynx à la suite d'un érysipèle.* — Le 27 avril 1860 entrait à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau) un homme d'environ quarante-cinq ans, d'une constitution moyenne et d'un médiocre embonpoint. Atteint depuis quelques jours d'un érysipèle facial non traumatique, ce malade présentait à peine quelques symptômes généraux lors de son entrée. Il ne se plaignait nullement de la gorge, et sa voix était normale. Pendant huit jours, l'érysipèle parcourut successivement la face, le cou et la partie supérieure du tronc, après quoi il s'éteignit, n'ayant présenté d'autre phénomène particulier qu'une petite eschare brune et sans gravité à l'une des paupières. L'état du malade fut très satisfaisant pendant deux jours, lorsque, le 5 mai, apparurent des symptômes d'angine laryngée assez intenses, symptômes qui amenèrent la mort quatre jours après leur début. Le seul traitement local employé consista à porter avec le doigt de la poudre d'alun jusqu'à l'entrée du larynx.

Autopsie. — Le larynx offre les lésions suivantes :

Au niveau des cordes vocales inférieures, complétement envahies

dans leurs trois quarts postérieurs, et dans une hauteur d'environ 1 centimètre à partir du bord inférieur des ventricules, les parties molles sont tuméfiées, légèrement infiltrées, offrant un aspect noirâtre, livide, comme gangréneux, mais sans fétidité spéciale. Au centre de cette partie noirâtre, *et des deux côtés semblablement*, existe une sorte de fistule irrégulière peu profonde, présentant à son ouverture des matières blanches putrilagineuses, tout à fait analogues aux débris de tissu cellulaire qu'on rencontre dans le phlegmon diffus des membres. Un stylet introduit par l'orifice arrive jusque sur l'apophyse antérieure du cartilage arythénoïde, laquelle est *ossifiée, d'une teinte brunâtre et dénudée*. L'articulation crico-arythénoïdienne est saine à droite ; à gauche, au contraire, elle est envahie par la suppuration. Les autres cartilages du larynx sont, en divers points, ossifiés à leur surface, et ces points semblent plus spécialement affectés. En effet, le cartilage *thyroïde* présente lui-même une teinte brunâtre prononcée avec injection très forte de son tissu ossifié dans ses cornes inférieures et les portions attenantes des lames. Le *cricoïde* offre la même altération en un point très circonscrit du côté gauche et touchant à son articulation avec l'*arythénoïde;* mais ni l'un ni l'autre ne présentent de surface dénudée comme les cartilages arythénoïdes, qui semblent être le centre et le point de départ de la lésion.

Les muscles thyro-arythénoïdiens sont brunâtres et en partie détruits. Les autres parties du larynx sont saines ; la muqueuse, en particulier, n'offre aucune altération en dehors de la partie présignalée. Elle n'est ni rouge, ni enflammée, ni œdématiée. Cordes vocales supérieures normales ; ventricules à peine altérés dans leur partie inférieure. Au-dessous du larynx, la muqueuse trachéale est, au contraire, rouge, fortement injectée, mais non œdématiée.

M. *Labbé*. Il est assez difficile de savoir si nous avons sous les yeux un exemple d'érysipèle interne qui se serait terminé par gangrène ; pour cela, il faudrait avoir suivi le malade pendant la vie et connaître la marche de l'affection.

M. *Perrin*. Sans contester l'existence de l'érysipèle interne en général, je ne crois pas qu'il y ait lieu de l'admettre dans ce cas. La gangrène n'est ici qu'une complication de l'érysipèle externe due au génie malfaisant de l'épidémie qui régnait en ce moment.

M. *Besnier* fait remarquer que la muqueuse qui avoisine les parties gangrenées est saine et que l'on ne trouve aux environs ni congestion ni rougeur.

M. *Labbé*. L'absence de coloration ne prouverait rien ni pour ni contre l'existence d'un érysipèle interne. Cette affection, de même que l'érysipèle externe, ne se révèle souvent à l'autopsie par aucune lésion matérielle visible. En général, la rougeur et la congestion disparaissent après la mort, et, lorsqu'il existe une gangrène, la coloration noirâtre des tissus seule persiste. Aussi, je le répète, ce n'est que par la marche de la maladie et par la succession des symptômes qu'il est possible de décider la question.

M. *Millard*. Ce cas me paraît pouvoir être rapproché des faits de laryngo-nécrosie observés pendant le cours de la fièvre typhoïde dont quelques exemples ont été présentés à la Société. Ici l'érysipèle est bien la cause de la gangrène, mais il a agi comme affection générale.

---

7. M. *Fritz* montre un *kyste hydatique du foie* développé au niveau de sa face inférieure. Ce kyste est formé par une membrane d'apparence fibreuse, épaisse de 2 à 3 millimètres et revêtue sur sa face inférieure par le péritoine épaissi et induré. La face supérieure est logée dans une dépression du parenchyme de la glande. A l'intérieur du kyste, qui offre à peu près le volume d'un œuf d'oie, se trouve une grande quantité de membranes molles comme gélatineuses; une matière d'un blanc jaunâtre, grumeleuse, contenue également dans le grand kyste, examinée au microscope, renferme une grande quantité de graisse, beaucoup de cristaux de cholestérine et çà et là des crochets d'échinocoques; mais on ne trouve nulle part aucun entozoaire dans un état d'intégrité parfaite.

---

8. M. *Parmentier* présente une *tumeur de la cuisse* qui a été enlevée par M. Demarquay, chirurgien de la maison municipale de santé, chez un malade âgé de soixante et dix ans environ. Cet homme, qui est d'une excellente constitution, faisait remonter le

début de sa tumeur à cinq ans; à cette époque, elle avait le volume d'une noisette; en huit mois, son volume s'est accru de moitié; de temps en temps, quelque douleur s'y faisait sentir, mais rarement. Au moment de l'entrée du malade, la tumeur offre 10 centimètres de haut en bas, 8 centimètres transversalement; elle est située à la partie moyenne de la cuisse, très mobile dans tous les sens lorsque la jambe est dans l'extension; mais si, pendant que le malade cherche à étendre la jambe sur la cuisse, on tâche de maintenir le membre dans la flexion, la tumeur acquiert une fixité remarquable : on voit des fibres musculaires contractées au-devant d'elle. La tumeur est très dure, excepté en haut, où il y a un point comme fluctuant, ne présente aucune bosselure; la peau glisse aisément au-devant d'elle ; les veines sous-cutanées ne sont pas développées; il n'y a aucun engorgement des ganglions de l'aine.

En présence de ces symptômes, M. Parmentier pensa qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique développée sous le muscle droit antérieur de la cuisse ; ce fut aussi le diagnostic de M. Demarquay, qui crut néanmoins qu'il pourrait bien y avoir dans cette tumeur à la fois du tissu fibro-plastique et du tissu cancéreux.

L'opération fut pratiquée le 8 mai 1860 ; on reconnut, en effet, que le droit antérieur de la cuisse passait au-devant de la tumeur et que, dans le point où l'on avait senti de la fluctuation, il y avait un kyste.

M. *Dufour*, qui a fait l'examen de la tumeur, remet la note suivante :

Cette tumeur a le volume du poing environ et provient de la région de la cuisse ; elle paraît s'être développée dans l'atmosphère celluleuse sous-aponévrotique du membre, comme l'atteste une portion d'aponévrose tendineuse qui la recouvre en un point ; elle n'était donc pas sous la peau, mais bien sous l'aponévrose commune des muscles de la cuisse.

Cette tumeur est composée de deux parties qui, grâce à la consistance et à l'aspect extérieur, paraissent entièrement dissemblables. Ainsi, deux ou trois gros lobes durs, fermes, d'un blanc jaunâtre pour les uns, d'un blanc laiteux pour les autres, constituent les quatre cinquièmes de la tumeur; l'autre cinquième est

formé d'une matière gris-rosé qui, par l'aspect et la consistance, ressemble au parenchyme des ganglions lymphatiques. En aucun point la tumeur ne présente de suc proprement dit suintant à la pression : on obtient seulement des lambeaux par le raclage, plus facilement sur la partie rosée, qui est plus molle que sur le rest de la masse, qui est dense.

Toute cette tumeur, dans ses deux parties dissemblables, est très vasculaire, non pas par la présence de nombreux vaisseaux veineux ou artériels à la circonférence, mais par de nombreux capillaires microscopiques qui pénètrent toute la masse morbide et que l'on retrouve dans les préparations. On peut déjà s'apercevoir à l'œil nu de ce détail de structure par quelques arborisations vasculaires très fines apparaissant dans les sections opérées dans le tissu morbide. Toute cette tumeur, quoique d'aspect dissemblable dans diverses parties, m'a paru composée des mêmes éléments, savoir :

1° Une trame de fibrilles de tissu connectif plus abondantes et plus serrées dans les parois blanchâtres;

2° Une quantité innombrable de granulations moléculaires, brillantes, animées du mouvement brownien. Ces granulations, déjà abondantes dans les parties blanc-jaunâtre, apparaissent avec une abondance extrême dans les parties blanc de lait ; c'est à leur présence qu'est due cette coloration spéciale. Ces granulations font défaut dans les parties reliées de la tumeur, ou du moins y sont assez rares pour ne pas mériter une mention spéciale;

3° Quelques très rares cellules fusiformes, fibro-plastiques, surtout dans les parties denses et blanchâtres. Quelques-unes de ces cellules, placées bout à bout par leurs extrémités effilées, semblent être disposées en fibres variqueuses par la présence du renflement de chaque corps fusiforme au niveau de son noyau;

4° Enfin, et ce qui caractérise pour moi la nature de la tumeur, d'énormes cellules avec d'énormes noyaux ronds ou elliptiques, quelques-uns de ceux-ci libres. Ces cellules, des formes les plus variées, se rapprochent cependant, pour la plupart, de la forme irrégulièrement triangulaire. Ces cellules constituent à elles seules la plus grande partie de la masse morbide, soit rosée, soit blanc-jaunâtre, et pour moi doivent être rapportées au cancer, qu'on veuille y voir ou non une multiplication ou une dégénérescence

des éléments cellulaires du tissu connectif. Plusieurs d'entre elles ont deux ou trois noyaux. Quant aux dimensions réelles, je ne les ai point prises cette fois, tant j'étais sûr de ce que je voyais, et je puis assurer qu'elles atteignaient et même dépassaient les suivantes, que je notais quelques jours auparavant sur une autre tumeur, savoir, en moyenne.

Les nucléoles. . .	$0^{mm},003$ de diamètre.
Les noyaux. . . .	$0^{mm},023$ de longueur. $0^{mm},014$ de largeur.
Les cellules. . . .	$0^{mm},079$ de longueur. $0^{mm},018$ de largeur.

M. *E. Béraud* présente une *fracture du rocher*, une rupture du foie et du rein droit :

Aug. B. ., vingt ans, était monté au haut d'une échelle pour peindre un réverbère. Tout à coup le pied lui manque, il tombe sur un homme qu'il renverse et vient frapper de la tête et de l'épaule droite sur le pavé. Il est apporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe (service de M. Laugier). Perte complète de connaissance, face pâle, paupières fermées, dilatation très marquée de la pupille. En mettant le malade sur son séant, il accuse par des gémissements une violente douleur à la région rénale. Aucune plaie à la tête. A l'oreille droite, taches de sang indiquant qu'il a dû se faire par le conduit auditif externe une hémorrhagie qui n'a pas persisté ; caillot sanguin dans le conduit auditif externe ; contraction des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ne permettant qu'avec peine l'écartement des arcades dentaires. On constate sur la clavicule droite une fracture oblique. Eau vineuse, sinapismes, émétique en lavage.

16 mai. Le malade a passé hier presque toute la journée sans connaissance. Ce matin, en fixant son attention, on peut obtenir quelques réponses, mais vagues et mal articulées. La région claviculaire, du côté droit, paraît être surtout le siége d'une très vive douleur. Le malade ne se plaint pas de la tête ; il a uriné un peu

de sang, il souffre dans la région lombaire et ne peut exécuter aucun mouvement sans pousser des gémissements. Purgatif.

18 mai. L'état du malade s'aggrave. On ne peut que difficilement obtenir de réponse ; perte de connaissance presque absolue ; les yeux sont largement ouverts, les pupilles médiocrement dilatées; cris incessants; mâchoires fortement serrées; sueur abondante; aucun écoulement de liquide séreux par l'oreille ni par le nez. Douze sangsues aux apophyses mastoïdes.

19 mai. Pouls petit, respiration râlante, aggravation de tous les symptômes, vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles. Mort le 20 mai.

Autopsie. — Forte congestion des méninges, surtout à gauche. Du côté droit, sous la dure-mère, caillot aplati du diamètre de 2 centimètres, au niveau de l'union de la portion écailleuse avec la portion pétreuse du rocher. Cet os présente une fracture parallèle à son grand axe, située en arrière de la suture sphéno-pétreuse intéressant le conduit auditif externe et les cavités de l'oreille interne. En avant, la fracture intéresse la grande aile du sphénoïde, elle est séparée du trou ovale par une languette d'un millimètre d'épaisseur, et vient aboutir au trou déchiré antérieur. Le fragment compris entre la suture sphéno-pétreuse et la fracture est mobile ; la trompe d'Eustache, qui se trouve en arrière de la fracture, n'a pas été déchirée. En arrière et en dehors, la fracture se prolonge sur la portion écailleuse du temporal et jusque sur le pariétal.

Piqueté du cerveau plus marqué à gauche ; de ce côté quelques points contus au niveau du lobe sphénoïdal ; en incisant le lobe postérieur, on voit un endroit de la substance cérébrale qui offre l'aspect des points contus de la surface. Fracture de la clavicule avec pus dans le foyer, bien qu'il n'y ait pas eu communication avec l'extérieur ni avec le poumon. Ecchymose s'étendant jusqu'à l'extrémité inférieure du sternum ; fracture de la première côte droite à son extrémité antérieure, de la seconde côte droite à son extrémité postérieure. Pas de plaie du poumon, épanchement sanguin dans la plèvre droite ; pas d'emphysème sous-cutané ; fracture de la première côte gauche.

Dans l'abdomen, épanchement sanguin considérable dû à une rupture du foie à son angle postérieur droit; rupture du rein du même côté; aucune lésion dans la rate, le rein gauche et la vessie.

---

10. M. *Gueniot* **montre un** *corps étranger articulaire du genou.*

Le 18 avril 1860 est entré à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Jean, service de M. Malgaigne) le nommé Jol... (Gabriel), âgé de vingt-deux ans, journalier à Paris. Ce jeune homme, d'une belle apparence de santé générale, déclare souffrir au genou droit, qui est, en effet, le siége d'une hydarthrose, et renferme un corps mobile que le malade peut mettre en évidence, presque à volonté, au moyen d'une sorte de massage de l'articulation. Le corps étranger apparaît alors à la face interne du condyle interne du fémur, et peut être facilement constaté.

D'autre part, les douleurs accusées dans la marche sont, par leur acuité et leur soudaine apparition, tout à fait caractéristiques.

Le début de ces divers symptômes date de huit jours seulement; il s'est manifesté brusquement par une vive douleur et une sensation très accusée de craquement dans le genou droit, pendant que la jambe était fortement tendue. A partir de ce moment, la présence dans l'articulation d'un corps mobile put être facilement constatée.

Le 24 avril, M. Bauchet, suppléant alors M. Malgaigne, fit l'opération d'après la méthode de M. Goyrand (d'Aix), et maintint le corps étranger fixé en dehors de l'articulation. Quatre jours après, aucun accident n'étant survenu, le corps étranger fut extrait complétement par la petite plaie cutanée non encore cicatrisée.

Aujourd'hui, 4 mai, le malade va très bien; l'hydarthrose a beaucoup diminué et la douleur est nulle; le membre reste toutefois encore immobilisé dans une gouttière.

Ce corps étranger a le volume d'un haricot, dont il rappelle grossièrement la forme; il peut être comparé plus justement à la moitié d'une lentille biconvexe et présente par conséquent à considérer trois faces et un bord curviligne. La première de ces faces est constituée par une couche lisse et polie de cartilage, d'encroû-

tement ayant 1mm,1/4 d'épaisseur et s'étendant sur le bord tranchant et curviligne qu'elle recouvre complétement à la manière d'une bordure d'habit. La deuxième face, plus convexe que la précédente, appartient à un noyau de tissu très dur, comme osseux, ne se laissant pas pénétrer par une pointe d'acier, mais d'aspect homogène, à section comme cireuse et non point fibreuse à la manière du tissu osseux. Cette surface n'offre pas d'inégalités marquées. La troisième, enfin, située dans un plan perpendiculaire aux deux autres, est ovalaire, allongée, offrant une dépression légère en son milieu, qui représente plus ou moins le hile d'un haricot.

A un examen superficiel, on pourrait croire que ce corps n'est autre chose qu'un fragment osseux détaché des extrémités articulaires; mais si l'on considère la structure homogène de sa portion dure, et surtout l'extension de la couche cartilagineuse jusque sur la face *ostéoïde* qui offre une marge cartilagineuse, on reste convaincu que telle ne doit pas être l'origine de cette production accidentelle, d'autant moins encore que le début des accidents vient plutôt infirmer que corroborer cette manière de voir. Il paraît donc très probable que ce corps étranger s'est développé spontanément ou du moins sous des influences encore inconnues, et que sa manifestation soudaine à la suite d'un effort a été produite par la rupture d'un pédicule qui le tenait auparavant fixé.

---

11. M. *Ed. Cruveilhier* présente un *enchondrome de la région parotidienne* enlevé par M. Nélaton chez un homme de quarante-deux ans qui n'a jamais eu aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique.

En 1832, le malade s'aperçut qu'il portait au niveau du lobule de l'oreille une petite tumeur complétement indolente. En 1841, elle avait acquis le volume d'une grosse pomme; il fut alors opéré par M. Canquoin, qui circonscrivit la tumeur au moyen de cordes à boyaux enduites de caustique. La tumeur tomba au bout d'une quinzaine de jours, et la guérison sembla être obtenue. Mais en 1852, la tumeur reparut et augmenta jusqu'à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital des Cliniques. La tumeur à ce moment

offrait le volume d'une grosse pomme, son diamètre transverse peut être représenté par une ligne s'étendant de l'apophyse mastoïde au bord antérieur du masséter. La tumeur est bosselée et semble mobile sur les tissus sous-jacents ; elle a une consistance assez ferme et n'adhère pas à la peau. Aucune lésion fonctionnelle de voisinage, pas de paralysie faciale. L'ablation de cette tumeur est des plus simples. M. Nélaton pratique une incision et énuclée la tumeur. Elle offre à la coupe un aspect un peu jaunâtre ; quelques points seulement ont la consistance du cartilage ; l'examen microscopique montre que du tissu cartilagineux est uni au tissu glandulaire.

---

12. M. *Guéniot* montre un exemple de *communication ancienne de la portion initiale du jéjunum avec la partie supérieure du côlon descendant.*

Cette communication est établie au moyen d'un petit canal membraneux ayant 8 à 10 millimètres de longueur et offrant un calibre susceptible de recevoir une sonde de femme ou un tuyau de plume à écrire. Lisse et régulier dans sa continuité, il présente à ses orifices quelques particularités intéressantes. L'ouverture côlique correspond à l'une des cellules du côlon et se trouve ainsi placée au sommet d'une cavité latérale et infundibuliforme. Circonscrite par deux petits replis valvulaires, dont un supérieur et l'autre inférieur, elle n'est point circulaire, mais allongée et comme triangulaire, représentant ainsi très bien la forme d'une petite glotte, dont la base ou la partie la plus large regarderait en avant et le sommet en arrière.

L'ouverture jéjunale, au contraire, est à peu près circulaire et comprise entre deux valvules conniventes qui ne paraissent pas l'obturer dans leurs mouvements.

Relativement à la structure du canal, le point intéressant à élucider est de savoir comment se comportent, à son niveau, les fibres musculaires de l'intestin. Or, par une dissection attentive, on peut constater : 1° que la paroi antérieure du canal est dépourvue de fibres musculaires ; 2° que sur sa face postérieure ainsi que sur ses bords supérieur et inférieur existent des fibres musculaires

transversales qui se continuent à droite et à gauche sans aucune interruption avec les fibres annulaires des anses communicantes de l'intestin; 3° que les fibres musculaires longitudinales de ces dernières sont tout à fait étrangères à la constitution des parois du petit canal; 5° enfin, que celui-ci ayant pour tunique extérieure une enveloppe péritonéale, sa structure ne s'éloigne pas notablement de celle de l'intestin lui-même.

Ce petit canal, ainsi constitué, devait certainement pouvoir, pendant la vie, livrer passage aux gaz intestinaux, ainsi que, d'ailleurs, une très simple expérience me l'a démontré. Ayant séparé du reste de *l'intestin très distendu par des gaz*, les deux anses communicantes qui avaient été préalablement fermées par des ligatures, je fis une ponction à l'anse jéjunale, et tout aussitôt elle s'affaissa, *ainsi que l'anse côlique que j'avais laissée intacte.*

Le calibre du canal est également assez considérable pour faire présumer que les matières liquides passaient en petite quantité du jéjunum dans le côlon. Quant au reflux des matières du côlon dans l'intestin grêle, outre le fait de leur consistance, généralement assez grande, la disposition présignalée de l'orifice côlique devait s'opposer à ce reflux par l'abaissement des deux petites valvules dont il est pourvu.

Il est regrettable, d'ailleurs, que je n'aie pu recueillir aucun renseignement sur l'état de santé habituelle de la malade avant son entrée à l'hôpital, en sorte qu'au point de vue purement pathologique l'observation reste muette. Il est toutefois permis de supposer, vu l'exiguïté relative du canal, que cette communication anormale ne devait pas occasionner, pendant la vie, des troubles digestifs sérieux.

Quelle est maintenant l'origine de cette lésion? Il est difficile d'admettre qu'elle soit congénitale, et je ne sache pas d'ailleurs qu'il existe aucune loi d'embryologie capable d'en donner la raison.

Il est beaucoup plus probable que ce canal anormal a une origine pathologique ancienne; la continuité même des fibres musculaires de l'intestin à son niveau n'est pas un motif suffisant pour rejeter cette opinion. S'il m'était permis de faire une hypothèse à ce sujet, je supposerais volontiers qu'à une époque assez éloignée, et par une cause que j'ignore, il s'est formé une perforation par ulcération des parois en contact; les adhérences pseudo-membra-

neuses qui circonscrivaient cette perforation ont pris peu à peu la structure celluleuse, et se sont allongées sous l'influence des tiraillements exercés sur elle par les mouvements de l'intestin. Enfin des fibres musculaires se sont développées là d'après une loi ou par une cause encore inconnue, semblable à celle, par exemple, en vertu de laquelle on voit des fibres musculaires se développer dans la corde mésentérique de l'anus contre-nature.

---

13. M. *Ed. Cruveilhier* fait voir une *tumeur médiastine d'apparence squirrheuse.*

Le malade entra dans le service de M. Nélaton pour une double adénite inguinale. Il se plaignit en même temps d'une toux et d'une oppression assez fortes. En l'auscultant on trouva les signes d'une bronchite chronique. Les tumeurs inguinales étant très anciennes et n'occasionnant aucune douleur, cet homme n'attira pas spécialement l'attention ; mais cinq jours après son entrée il fut pris subitement d'un accès de suffocation très violent, et succomba.

A l'*autopsie*, nous trouvâmes une énorme tumeur médiastine se prolongeant dans les deux aisselles, sous la forme de masses ganglionnaires énormes, en continuité avec la tumeur thoracique.

En disséquant attentivement la pièce, je vis que les vaisseaux et les nerfs de la partie supérieure de la poitrine étaient compris dans la tumeur.

L'aorte pouvait être isolée dans une partie de son étendue ; elle était même séparée de la production morbide par une atmosphère celluleuse lâche, qui permettait de constater une intégrité parfaite du vaisseau. Au niveau du point où l'aorte va devenir horizontale, les tuniques du vaisseau se confondaient intimement avec le tissu pathologique, quoique le calibre de l'artère ne fût nullement diminué.

L'artère pulmonaire pouvait être isolée dans toute son étendue; les bronches seules, surtout la gauche, se confondaient avec la tumeur. Les gros troncs veineux étaient peu adhérents, quoiqu'il fût difficile de suivre le trajet entier de la veine cave supérieure. Le pneumogastrique gauche venait se confondre avec la produc-

tion morbide au-dessous de l'artère sous-clavière ; le nerf récurrent pouvait être isolé avec assez de facilité ; il n'en était pas de même du pneumogastrique gauche, qui au niveau de la sixième et septième cervicale offrait un renflement fusiforme qui lui donnait le volume du petit doigt; puis il se perdait dans la tumeur au niveau de la portion de la crosse aortique ; le nerf récurrent ne pouvait plus être isolé à ce niveau, on le retrouvait intact à la partie inférieure du cou.

Le cœur et le péricarde n'offraient rien d'anormal, mais les deux sommets des poumons étaient en *continuité* de tissu avec la tumeur. Ces deux sommets avaient un aspect squirrheux qui leur donnait à la coupe l'apparence d'une tumeur homogène. Dans tout le reste de l'étendue des poumons, on trouvait des granulations de la grosseur d'un grain de millet, analogues à des granulations tuberculeuses de la variété grise ou demi-transparente.

M. *Houël* regarde cette tumeur comme s'étant développée primitivement dans les médiastins antérieur et postérieur, et n'ayant envahi que consécutivement les organes environnants.

Quant à sa nature, il ne croit pas que ce soit là un vrai cancer, mais que la tumeur peut être rangée parmi les produits fibro-plastiques. En effet, elle crie sous le scalpel dans certains points, et ne laisse pas suinter de suc cancéreux à la coupe. Enfin les productions que l'on trouve dans les poumons ne sont pas des tubercules, mais une matière analogue à celle que l'on rencontre dans la tumeur du médiastin.

Arrivant ensuite à la rapidité avec laquelle le malade a succombé, M. Houël rappelle les observations analogues signalées dans un mémoire d'Hourmann sur les tumeurs développées au voisinage du nerf récurrent.

M. *Trélat* appelle l'attention de la Société, dans ce cas, sur l'apparition de ganglions développés dans les régions parotidienne, carotidienne et axillaire. La présence de ces tumeurs peut, ainsi que M. Millard l'a exposé dans un récent rapport sur la candidature de M. Mauriac, guider dans l'étude du diagnostic souvent si difficile de ces affections. Bon nombre de ces tumeurs produisant des troubles de la respiration et de la circulation n'ont pu être reconnues qu'à l'autopsie, faute d'avoir négligé ou de n'avoir pas suffi-

samment recherché ces manifestations symptomatiques extérieures. Dans le fait actuel, plusieurs altérations peuvent, jusqu'à un certain point, expliquer une mort rapide : l'état des poumons envahis par les productions analogues à celles de la tumeur, l'état du larynx, enfin l'état des nerfs pneumogastriques et laryngés récurrents.

M. *Cruveilhier* pense que les granulations trouvées dans les poumons sont de nature tuberculeuse, elles en ont l'aspect à l'œil nu et même à la coupe. Il ne serait, du reste, pas très rare de rencontrer réunis sur le même sujet le tubercule et le cancer.

TUBERCULES MULTIPLES DU CERVELET. TUBERCULISATION GANGLIONNAIRE GÉNÉRALE. — Observation par M. CAMPANA, interne des hôpitaux.

F..., peintre en lettres, âgé de trente-six ans, entré le 28 janvier 1860 à l'hôpital Lariboisière (service de M. Oulmont). Homme robuste, bien musclé, de haute taille, de bonne apparence, mais portant plus que son âge ; cheveux gris, iris bleu, visage couturé par la petite vérole ; peau du tronc fine et blanche ; ganglions lymphatiques du cou, des aisselles et des aines très apparents. Décubitus dorsal, immobilité ; regards vagues, dirigés au loin ; profonde indifférence pour le monde extérieur. Il répond aux questions qu'on lui adresse avec assez de raison pour mettre hors de doute l'intégrité de ses facultés intellectuelles ; c'est ainsi que nous apprenons qu'il ne s'est presque jamais servi de céruse, qu'il n'a éprouvé ni constipation, ni coliques, ni arthralgies, ni paralysie de nature saturnine. Il affirme aussi ne ressentir aucune douleur, et conserver le sommeil et l'appétit ; il répond toujours négativement quand on lui demande s'il éprouve tel ou tel symptôme du côté des voies digestives ou respiratoires. Mais comme les réponses sont monosyllabiques ou très courtes, faites lentement, à voix basse et avec indifférence, je préfère m'adresser à ses parents pour connaître ses antécédents pathologiques. Ceux-ci m'affirment qu'il n'a jamais eu la colique des peintres ; il a eu la variole en 1843 ; il n'a jamais eu de fièvres intermittentes, ni aucune maladie aiguë. Longtemps après sa variole, mais à une date que

l'on ne peut préciser, il est survenu un engorgement ganglionnaire indolent, borné au côté droit du cou. Ce n'est que plus tard, en 1847, que le côté gauche parut être pris à son tour.

En 1848 ou 1849, il entra dans le service de M. Velpeau, où on lui pratiqua l'extirpation de quelques ganglions sous-maxillaires du côté droit. Une cicatrice blanche un peu irrégulière, dépourvue de barbe, située dans la région sus-hyoïdienne droite, parallèlement à la branche du maxillaire inférieur, atteste que la réunion des parties n'a dû s'opérer qu'après une longue inflammation. Puis le malade recouvra sa santé et son entrain ordinaires, et pendant quelques années on ne remarqua en lui aucun phénomène particulier.

En 1856, on s'aperçut qu'il était moins gai, qu'il avait moins d'appétit et qu'il buvait fréquemment du vin blanc et des liqueurs. En même temps il se plaignait de fréquents maux de tête. Cet état ne fit qu'empirer. F..., s'accoutumant à l'absinthe et au vermout, n'arrivait plus à l'ivresse, mais il avait la tête montée habituellement. Depuis près de deux ans, il était devenu taciturne ; parfois il parlait seul, laissant échapper quelques paroles incohérentes, ou bien il interrompait la conversation pour prononcer une ou deux phrases qui n'y avaient aucun rapport. Jamais il ne s'est livré à aucun acte dangereux pour lui ou pour les autres; jamais il n'a eu de délire ou de fureur; il a conservé la douceur qui était le fond de son caractère.

Depuis plus de quinze jours avant son entrée à l'hôpital, on l'avait gardé au lit, parce qu'il s'était beaucoup affaibli et qu'il était tombé dans l'état de somnolence et d'apathie où nous l'avions trouvé dès notre première visite (20 février). Pour compléter la description de l'état actuel, nous dirons que la sensibilité générale et spéciale du malade est partout conservée, mais comme engourdie. Il sent bien lorsqu'on le touche; si l'on vient à le pincer, il fait un mouvement, mais il l'exécute avec lenteur et avec un air d'indifférence. Les pupilles sont normales, mobiles; il n'y a pas de strabisme. Quand on le lui demande, il tire la langue : elle n'est pas déviée; les deux côtés de la face sont symétriques. Il exécute tous les mouvements qu'on lui demande, surtout lorsqu'on insiste : ces mouvements sont très lents et très réguliers; si l'on veut qu'il les reproduise plusieurs fois, il cesse bientôt d'obéir. Les

premiers jours, il s'asseyait dans son lit pour qu'on l'auscultât sans aide, quoique avec peine; aujourd'hui il ne le peut plus. Il a de la roideur musculaire générale, plus prononcée au tronc. Quand on le lève de son lit, il se tient tout d'une pièce; si l'on étend ses bras, habituellement fléchis, avec brusquerie, on éprouve de la résistance; elle cesse complétement si l'on procède avec lenteur. Les premiers jours, le malade pouvait encore se traîner pour aller dans la salle; il tenait ses bras étendus sans le moindre tremblement. Il n'en est plus de même aujourd'hui : l'affaiblissement est rapide et la diminution des masses musculaires proportionnelle.

Le cœur est petit; la pointe bat très visiblement dans le quatrième espace intercostal; ses battements sont normaux, réguliers, un peu forts. Pouls à 92, régulier, ample, mais dépressible. Peau chaude, couverte d'une sueur visqueuse. Pas d'œdème; peu de toux : expectoration nulle. Aucune odeur particulière de l'haleine. 27 respirations par minute. Percussion du thorax normale; pas de râles, faiblesse du murmure vésiculaire.

La langue est humide, naturelle; la déglutition facile. A cause de l'indifférence du malade pour les aliments et de sa faiblesse, on est obligé de lui donner à manger comme à un enfant. Pas de troubles gastriques; ventre souple, indolent. A une assez longue constipation succède un peu de diarrhée. Le foie n'atteint pas le rebord costal; la miction se fait bien, ainsi que la défécation, quoique le malade soit gâteux. L'urine n'offre rien de particulier, ni dans sa couleur ni dans sa densité; elle ne contient ni sucre ni albumine. L'hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques m'a porté à examiner le sang au point de vue de la leucémie. Un léger gonflement de la rate, sans coïncidence de fièvre intermittente, pouvait faire songer à cette affection; le microscope ne m'a montré qu'une faible augmentation dans le nombre des globules blancs.

Quant à la marche de la maladie, elle a été d'une uniformité parfaite, que ne sont venus interrompre aucun incident, aucune rémission ou aggravation irrégulière des symptômes déjà notés. Le pouls seul s'est notablement ralenti pendant quelques jours, en conservant sa régularité : ainsi, le mercredi 7 mars, il était tombé à 52; mais déjà, le samedi suivant, il était à 72, et depuis il a toujours été trouvé avec un léger degré de fréquence. On nous dit

que le malade tousse de loin en loin, mais nous ne l'avons jamais entendu. Persistance des sueurs visqueuses. La langue est restée humide. Chaque jour, le malade a avalé quelques cuillerées de potage, sans témoigner le moindre plaisir, et ne manquant pas de les rejeter lorsqu'on les lui donnait avec trop d'abondance ou trop de précipitation. Constipation, selles rares, dures, très peu abondantes ; ventre excavé, amaigrissement rapide, roideur musculaire constante ; aucun mouvement spontané, immobilité absolue dans le décubitus dorsal, et cependant pas d'eschare au sacrum. Affaiblissement de la motilité, paresse d'agir, mais non impuissance. Sensibilité générale engourdie. On le trouvait ordinairement endormi à toute heure de la journée, bien qu'il sommeillât la nuit. Lorsqu'on le tirait de cette espèce d'assoupissement continuel, ses regards se dirigeaient vaguement au loin ; il y avait alors quelques oscillations lentes des globes oculaires qui amenaient un strabisme variable en divers sens, mais passager. Il ne se donnait pas la peine de regarder son interlocuteur. Il n'accusait aucune douleur, ne proférait aucune plainte. On avait seulement remarqué l'expression pénible que prenait sa figure lorsque l'on imprimait un mouvement brusque à sa tête.

Le 2 mai, on le trouva mort dans son lit sans avoir eu aucun symptôme d'agonie.

Autopsie. — Téguments et os du crâne sains. Dure-mère tendue ; sinus à peu près vides. Aucun épanchement dans la cavité arachnoïdienne.

Arachnoïde viscérale légèrement infiltrée et opaque. Espaces sous-arachnoïdiens distendus par de la sérosité ; *tuber cinereum* bombé, fluctuant. Veines cérébrales effacées. Pie-mère cérébrale non congestionnée ; artères cérébrales saines.

Quoique les circonvolutions cérébrales soient un peu aplaties, effacées, la substance grise n'est pas atrophiée ; elle a partout son épaisseur, sa consistance et sa coloration normales. La substance blanche n'offre aucune altération. Les ventricules du cerveau sont distendus par une quantité de sérosité citrine que je puis évaluer à 250 grammes. Le *septum lucidum* n'est pas ramolli. L'aqueduc de Sylvius, béant, peut admettre vers le milieu de son trajet une plume de corbeau.

Dans le cervelet, on trouve une vingtaine de noyaux tuberculeux : les uns sont plus gros qu'une aveline, les autres n'atteignent pas le volume d'un petit pois. Leur consistance et leur coloration uniforme sont analogues à celles des tubercules jaunes crus des poumons. Dans l'hémisphère gauche, ils sont très rapprochés, situés profondément et groupés de manière à former, par les progrès de leur développement, une grosse masse unique. D'après leur situation générale, ils m'ont tous paru nés à la même profondeur, dans la même zone cérébelleuse, très rapprochée de la substance grise et peut-être dans la substance grise elle-même ; on pourrait dire, si l'on ne tenait compte que de l'apparence, que celle-ci avait été perforée ou détruite à la face supérieure de l'organe pour donner passage à la production tuberculeuse qui s'y étalait sous forme d'une large plaque. Du côté du sinus rhomboïdal, au contraire, aucun des noyaux n'apparaissait à nu, mais leur présence se révélait par des saillies hémisphériques recouvertes de substance blanche intacte. La cavité du quatrième ventricule était, par conséquent, déformée ; elle s'était aussi beaucoup agrandie, de même que les cavités cérébrales. Je note d'une façon expresse qu'il n'y avait, sous aucun rapport, symétrie parfaite entre les différentes masses morbides, quoiqu'il en existât dans toutes les parties de l'organe, y compris les *vermis*.

La moelle allongée, la protubérance et les pédoncules n'offraient rien d'anormal.

Au sommet du poumon droit, quelques granulations grises demi-transparentes.

Les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, dont la tuméfaction considérable avait été reconnue pendant la vie, sont passés à l'état gras, jaunâtre, homogène, dit tuberculeux. La plupart des ganglions des médiastins et du mésentère ont subi la même dégénérescence. Les reins sont volumineux et inégaux ; ils sont lisses à leur surface, d'un blanc jaunâtre, parsemés de points rouges à leur intérieur.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. MORT AU QUATRIÈME MOIS (1). — Observation et réflexions, par M. LEVEN, interne des hôpitaux.

La femme X... est entrée dans le service de chirurgie de la Pitié en février 1858.

Agée de trente-quatre ans, d'une constitution vigoureuse et d'une santé qui avait été toujours excellente, elle fut prise en janvier de vomissements, coliques abdominales, etc.; elle se décida, au bout de deux septénaires, à entrer à l'hôpital. Elle avait eu déjà deux enfants. L'accouchement avait été, dans les deux cas, facile. Les règles avaient reparu au bout de six semaines, après avoir manqué durant toute la grossesse.

Actuellement la malade est bien réglée, seulement depuis quatre à cinq semaines il se fait continuellement un suintement sanguin qui augmente aux époques; de sorte qu'elle est soumise à une métrorrhagie incessante depuis cette époque.

De plus, la malade présente depuis son entrée les symptômes d'une péritonite caractérisée par le facies grippé, les yeux caves, le pouls petit, fréquent (120 pulsations), des vomissements verdâtres, des coliques abdominales intenses, surtout au niveau de la fosse iliaque, l'abdomen tympanisé.

On sent au-dessous de l'ombilic, en déprimant les parois abdominales, une tumeur dirigée profondément de gauche à droite et dans la direction de l'utérus.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est élevé jusqu'à la symphyse du pubis. L'orifice du col n'est pas entr'ouvert. La paroi postérieure du vagin est refoulée en avant, et le doigt perçoit comme une fausse sensation de fluctuation.

Le toucher rectal permet d'atteindre la même tumeur; elle a une apparence molle, fluctuante. Après six semaines de séjour la malade succombe.

L'*autopsie* fait constater ce qui suit :

Le corps de l'utérus est fortement poussé en avant, et la tumeur est complétement cachée par l'utérus. En incisant la paroi posté-

(1) Voir la discussion à laquelle a donné lieu la présentation de cette pièce. (*Bulletins* de 1858, p. 157.) (*Note du secrétaire.*)

rieure de cet organe la tumeur devient visible; elle a environ 12 centimètres. L'utérus présentait les dimensions suivantes :

Diamètre antéro-postérieur.....	14 cent.
Diamètre transverse du fond de l'organe.	3
Diamètre antéro-postérieur du corps....	7
Diamètre antéro-postérieur du col.....	4

Point de trace de bouchon gélatineux. La saillie de l'arbre de vie est très accusée, et les deux saillies principales existent sur la face postérieure.

Les follicules de Naboth sont remarquablement développés au niveau de l'orifice externe.

La trompe à gauche a son aspect normal; sa muqueuse est blanche dans la moitié antérieure, rouge dans la moitié postérieure.

L'ovaire du même côté est aussi normal. A droite, l'ovaire est fixé sur la tumeur. Au moyen d'une soie, nous avons pu reconnaître le siége de la tumeur; elle se continue dans la trompe. La trompe à droite est intacte dans une étendue de 5 à 6 centimètres.

Le reste a disparu absorbé par la tumeur.

La tumeur indépendante de l'utérus siége dans les replis péritonéaux du ligament large; elle est extrapéritonéale. Les circonvolutions intestinales au niveau du bassin sont couvertes de fausses membranes et de pus.

La tumeur elle-même a le volume du fœtus à terme.

Elle renferme un fœtus bien conformé de quatre mois environ. Le fœtus se rattache au kyste par le cordon ombilical; de nombreuses hémorrhagies s'étaient faites dans son intérieur, et la surface externe du kyste était recouverte de fausses membranes organisées; le kyste est de nature fibreuse.

Réflexions. — Cetté observation nous paraît intéressante à plus d'un titre, non pas en elle-même seulement, mais dans les rapprochements qu'elle permet entre la grossesse extra-utérine et une maladie qui a été sérieusement étudiée par les médecins dans ces dernières années, l'hématocèle rétro-utérine.

La grossesse, ainsi que nous l'avons dit, est tubaire; c'est le genre le plus commun dont tous les auteurs ont cité des cas, Bartholin, Riolan, Portal, Duverney, etc., etc.

Dans ces cas, disent les auteurs, l'ovule reste dans le conduit de la trompe, et est fécondé au bout de quelque temps ; la trompe se rompt, et la grossesse, qui avait été tubaire primitivement, est devenue abdominale.

Quelles peuvent avoir été, dans ce cas particulier, les causes de cette grossesse anormale? Elles nous paraissent insaisissables dans ce cas comme dans tous ceux analogues.

Je sais bien que les auteurs ont fait beaucoup de frais d'imagination pour arriver à une explication, mais leurs recherches ont été infructueuses, et n'ont abouti qu'à des hypothèses ; c'est, du reste, tout ce que l'on doit espérer dans des tentatives de ce genre : ainsi on a dit que la paralysie, le spasme, la mauvaise direction, l'excès de longueur, l'engorgement et les ulcérations de la muqueuse de la trompe sont autant de causes ; d'autres ont même dit que la frayeur de femmes surprises en flagrant délit avait fait rétrograder l'ovule de l'utérus dans la trompe.

Les signes de la grossesse extra-utérine, comme la persistance des règles, la péritonite, la tumeur, le volume normal de l'utérus, aucun de ces signes ne manquait ; cependant la grossesse avait été méconnue. Cette erreur de diagnostic est identique avec celle commise par MM. Robert et Huguier, et rapportée par M. Gallard dans les *Bulletins de la Société anatomique* en 1854. Le fœtus, comme dans ce cas, était bien formé ; la femme avait éprouvé également des symptômes de péritonite ; il y avait une tumeur saillante dans le vagin, mais on n'avait pas examiné les seins, et on avait porté le même diagnostic : hématocèle rétro-utérine.

Quoique dans l'expression symptomatique, dans le pronostic il y ait des différences capitales entre ces deux genres d'affections, il ne faut cependant pas méconnaître l'analogie vraie qui existe entre l'origine et la nature des deux. Que nous admettions l'une ou l'autre des théories physiologiques émises par Bischoff ou Longet, une des théories admises actuellement pour l'explication des causes anatomiques de l'hématocèle, il est certain que l'hématocèle se produit par suite de la chute d'un ovule dans la trompe, qui amène une hémorrhagie excessive dans la trompe, et consécutivement la rupture du conduit. La grossesse extra-utérine tubaire n'en diffère que par la fécondation de l'œuf, qui prend ensuite son développement.

Si, comme il est très probable, un grand nombre d'hématocèles ressemblent à ce fait particulier que nous avons relaté, en admettant toutefois que l'ovule ne s'est pas modifié, nous devons en conclure aussi, contrairement à l'opinion de quelques médecins, que le siége de la tumeur est souvent extrapéritonéal. Nous ne partageons pas l'avis de M. le docteur Voisin, qui les place toutes dans la cavité péritonéale même. Pour confirmer sa pensée, M. Voisin se fonde sur la rapidité de formation, le volume considérable de la tumeur, sur les phénomènes de péritonite qu'offre la malade en général.

Mais dans beaucoup d'hématocèles le début est insidieux, et la maladie n'arrive pas au maximum d'intensité dès les premiers jours; il n'est donc pas possible de déduire le siége des symptômes énoncés ci-dessus, et nous croyons que l'hématocèle est tantôt intra et tantôt extrapéritonéale. La terminaison de la grossesse extra-utérine a lieu souvent comme celle de l'hématocèle. Le produit de la grossesse est chassé par l'anus ou le vagin. Les auteurs en rapportent des exemples nombreux, comme Wilmans, Littre, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1702, et beaucoup d'autres. Ils ont certainement, à plus d'une reprise, confondu l'hématocèle et la grossesse extra-utérine, et c'est ainsi qu'ils ont relaté des grossesses durant trente et quarante ans.

Cette observation a donc un grand intérêt, comme nous l'avons dit en commençant, par elle-même et par les déductions que l'on en peut tirer pour l'hématocèle.

Elle permettra d'éclairer certains faits d'une maladie que les médecins n'ont étudiée que depuis un petit nombre d'années, et sur lesquels il reste encore bien des obscurités.

Extrait du rapport sur l'observation précédente,
par M. le docteur GUYON.

Le véritable intérêt de cette observation gît dans le diagnostic, ainsi que M. Leven lui-même a soin de nous le montrer dans la suite de sa relation. C'est là aussi que s'est tout d'abord portée l'attention de la Société, mais bientôt la discussion l'a conduite sur le terrain de la théorie des hématocèles rétro-utérines.

M. Leven est, lui aussi, arrivé à discuter assez longuement à la fin de son observation, ce corollaire de son fait ; dans cela, du reste, rien que ne fasse un peu tout le monde à propos de l'hématocèle rétro-utérine. Il faut cependant reconnaître que l'on a à peu près tout épuisé à ce sujet, et qu'il sera désormais difficile de créer une nouvelle théorie de l'hématocèle rétro-utérine, faute de points non encore utilisés à ce sujet dans l'anatomie ou la physiologie de l'utérus et de ses dépendances. M. Leven, je me hâte de le dire, ne donne pas de théorie nouvelle ; il cherche seulement à laquelle répond le mieux, où conduit le fait important qu'il a observé ; je n'aurais donc qu'à le suivre sur ce point avec le rapport, si l'opinion même qu'il est disposé à adopter n'avait, au point de vue du diagnostic de l'hématocèle et de la grossesse extra-utérine, une importance particulière. Nous sommes, en effet, portés, en quelque sorte, en dehors du fait anatomique qui nous a été soumis par suite de l'erreur diagnostique ; il importe cependant, avant d'aller plus loin, de revenir sur certains détails de l'autopsie et de l'examen de la pièce, examen que M. Leven a bien voulu faire avec moi de la manière la plus consciencieuse.

Un premier fait nous frappe dans l'autopsie, c'est que l'utérus placé au-devant de la tumeur la cachait complétement, si bien que ce n'est qu'après l'avoir incisé qu'on la découvrit, et qu'il reste acquis que c'était cet organe que l'on sentait à travers la paroi abdominale sur le vivant. Il présentait, du reste, 14 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, ce qui représente le double de la longueur normale de l'utérus multipare ; en d'autres termes, l'utérus, malgré sa vacuité, avait doublé son volume, ce qui ressort du reste du détail des mensurations consignées par M. Leven dans son observation. Les cavités ne présentaient rien de particulier, et la muqueuse du corps était lisse et peu colorée. Tous ces détails sont exactement consignés dans l'observation, à laquelle je ne saurais mieux faire que de renvoyer ; je désire seulement prendre note de cet accroissement de volume de l'utérus, signalé, du reste, dans la majeure partie des observations ou des travaux anciens et modernes, et, par exemple, dans une observation consignée cette même année dans vos *Bulletins* par M. Luton.

Le kyste était entier, recouvert de fausses membranes à l'extérieur ; au pourtour, péritonite intense ; dans la poche, fœtus bien

conformé de quatre mois environ, perdu au milieu d'une masse sanguine abondante. L'examen attentif des enveloppes fœtales et des annexes de l'utérus démontre qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire droite; les détails de l'observation en font foi. La grossesse tubaire est, comme on le sait, la plus fréquente parmi les extra-utérines, nous nous contenterons d'observer qu'elle se termine le plus ordinairement par rupture du sac avec hémorrhagie mortelle ou péritonite consécutive, surtout à cette époque de la grossesse où l'œuf prend une extension plus rapide, et a déjà acquis un volume assez considérable. L'intégrité de la trompe gauche et la complète liberté de la moitié interne de la trompe droite méritent d'être remarquées, et M. Leven, en insistant sur ce fait, a conclu avec raison que l'on en était souvent réduit aux hypothèses pour expliquer ces faits extraordinaires. Mais faut-il laisser le même vague régner sur le diagnostic, faire voir que la même erreur s'est souvent reproduite, conclure à l'identité des deux affections, et par conséquent à l'impossibilité du diagnostic, comme l'a fait M. Gallard lors de la présentation de la pièce de M. Leven? Je ne le pense pas. Je suis prêt à reconnaître que, dans le cas dont il s'agit, le diagnostic de la grossesse extra-utérine n'eût en rien éclairé ou utilisé la conduite du chirurgien; mais nous n'avons pas l'habitude de soumettre à la seule question d'utilité l'importance du diagnostic, et s'il est vrai que *certaines* grossesses extra-utérines ne diffèrent de l'hématocèle que par la présence du produit de la fécondation, je ne vois pas que l'on doive en conclure que « la plupart des hématocèles ne sont que des grossesses extra-utérines, dans lesquelles le germe aurait été étouffé par suite de l'accumulation du sang résultant de l'hémorrhagie. » En posant ce principe, M. Gallard se place bénévolement au vis-à-vis d'une hypothèse qui n'a, du reste, sa raison d'être que dans la nécessité de trouver l'explication de l'hémorrhagie, souvent abondante et rapide, qui constitue l'hématocèle rétro-utérine, de lui trouver une cause suffisante. Je crois, pour ma part, que l'on peut trouver toutes les explications désirables sans sortir des faits. Je demande pardon à M. Gallard de parler de ses opinions à propos d'un travail qui ne lui appartient pas; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, il importe, pour que la question diagnostique puisse être posée, que la confusion que tend à établir sa théorie n'existe pas; *il faut qu'il y ait*

ou qu'il n'y ait pas d'hématocèle; car pourquoi faire une maladie particulière d'une lésion qui « ne serait qu'une grossesse extra-utérine, moins le produit de la conception »?

Je suis parfaitement convaincu que ce n'est pas ainsi que M. Gallard a compris la question; cependant il dit lui-même qu'il pense qu'il est complétement impossible de différencier cliniquement l'une de l'autre, l'hématocèle et la grossesse extra-utérine, et se demande même s'il y aurait une différence anatomique appréciable. Je ne désire d'ailleurs que faire disparaître ici une confusion, car je ne diffère des idées exposées devant votre Société que par un point, le rejet d'une hypothèse, alors que je trouve dans les faits que je rappellerai tout à l'heure l'explication toute naturelle et suffisante des phénomènes de l'hémorrhagie. Revenons, en attendant, à la question diagnostique, que je prétends seulement poser et non résoudre, et dont celle-ci n'est que le corollaire. Le cas que nous étudions va nous servir d'exemple. Les accidents remontaient à quinze jours; il y avait déjà péritonite. La malade succomba après six semaines de séjour à l'hôpital. La grossesse existait donc depuis deux mois environ avant les accidents inflammatoires. Les accidents du côté de la menstruation ne dataient que de cinq semaines. Le premier mois ou les trois premières semaines, le début de la grossesse extra-utérine, s'étaient donc passés sans accidents. En est-il toujours ainsi? On sait combien il est difficile de dire d'une manière générale comment se présentent les débuts d'une grossesse extra-utérine; on sait même qu'il est difficile de comparer entre elles la grossesse naturelle et la grossesse extra-utérine; mais, en admettant même, avec Dezeimeris, cette dernière manière de voir, qui laisse de côté bien des cas où les phénomènes initiaux de la grossesse se sont montrés réguliers, malgré la position irrégulière occupée par le produit de la conception, on peut, avec cet auteur, dire d'une manière générale que si on les compare à la grossesse naturelle, les grossesses extra-utérines ne peuvent être comparées qu'à la grossesse naturelle la plus pénible.

En se rangeant à cette opinion un peu extrême, ne reste-t-il pas encore le droit de conclure qu'il y a de grandes différences entre le début de deux états dont l'un ramène plus ou moins directement l'esprit vers la supposition d'une conception qui s'est

souvent établie chez des femmes bien portantes et surtout ne présentant pas de troubles des fonctions utérines, et dont l'autre fait, au contraire, naître dès son apparition des symptômes tels qu'une douleur spontanée, que la pression sur l'abdomen, que le toucher vaginal exaspèrent et qui s'étend bientôt à tout le bas-ventre, et une décoloration générale succédant, dans un temps très court, à la coloration naturelle? Ces symptômes, apparaissant, du reste, avec des troubles menstruels actuels et antécédents, que M. Trousseau considère comme assez caractéristiques pour pouvoir faire diagnostiquer, à coup sûr, une hématocèle, dominent, en effet, le début de l'hématocèle. Je n'ai pas ici à les analyser ni à leur assigner leur véritable cause, du reste, bien connue : je veux seulement bien rappeler qu'ils se montrent dès le commencement de la maladie et conclure que, dans la grande majorité des cas, le début de l'hématocèle s'annonce par des symptômes généraux considérés par quelques cliniciens comme caractéristiques, tandis que, si le début de la grossesse extra-utérine est souvent marqué par des troubles, ceux-ci n'offrent ni dans leur physionomie générale ni dans leur gravité l'importance de ceux que la majorité des observations signalent pour l'hématocèle. Ce n'est pas non plus au début de la grossesse, me dira-t-on, que l'erreur a été commise dans le cas de M. Leven ni même dans ceux qui ont été jusqu'ici rapportés. Je crois, en effet, que la confusion ne peut guère être faite qu'avec certains accidents de la grossesse extra-utérine, la nature à peu près semblable de ces accidents et de ceux qui caractérisent l'hématocèle doit même conduire à l'erreur; mais doit-on, dans ce cas plus que dans tout autre, s'en tenir à l'étude des symptômes de l'état actuel, et ne pourrait-on pas, dans le sévère examen des antécédents, trouver quelque élément de diagnostic?

Mais allons plus loin et voyons si quelques-unes des particularités de l'état anatomo-pathologique ne pourraient pas être utilisées pour le diagnostic, alors qu'on en cherche les éléments dans l'état local, ce qui me paraît, d'ailleurs, la plus mauvaise méthode à employer en pareille occurrence. J'ai déjà fait observer, avec le présentateur, que l'utérus avait été senti, sinon reconnu pendant la vie, et qu'à l'autopsie nous avions pu constater que ce qui avait été senti pendant la vie était bien l'utérus, et que cet organe avait doublé de volume. L'utérus, en effet, malgré l'absence du produit

de la conception, prend, pendant le cours de la grossesse extra-utérine, des caractères de la gravidité assez tranchés pour que l'on ait pu y localiser avec toute chance de raison les contractions qui accompagnent les vaines tentatives d'expulsion qui surviennent à une certaine époque de la grossesse extra-utérine, phénomènes que d'autres auteurs avaient voulu donner au kyste fœtal. Nous savons cependant que, dans certaines grossesses anormales, le volume de l'utérus est presque revenu à celui de la vacuité, mais la grossesse était avancée ou ancienne, et, de plus, que les lésions qui intéressent, soit cet organe, soit ses annexes, peuvent donner lieu à un accroissement notable de ses diamètres. Nous avons insisté sur ces particularités dans un autre travail; mais jamais, que nous sachions, cet accroissement pathologique n'a atteint le développement tant de fois signalé dans les grossesses extra-utérines. Que cet accroissement s'accompagne, du reste, ainsi que le dit Hunter, de la formation d'une caduque, ce qui a été confirmé par des observateurs modernes, ou non, l'accroissement de volume n'en reste pas moins comme phénomène observé dans la majorité des cas, et nous nous demandons si l'observateur ne devrait pas, dans l'examen local, tenir plus de compte que l'on en a fait dans les observations jusqu'ici données, de l'état de l'utérus. Qu'on mesure cet organe par l'extérieur, c'est-à-dire par le simple toucher et le palper, ou même par l'intérieur, c'est-à-dire par le cathétérisme, ce qui serait souvent le seul moyen de bien se rendre compte de ses dimensions, et ce qui, à part les dangers que quelques cliniciens redoutent dans cette opération, me semblerait licite, puisque la conception, si elle a eu lieu, est anormale, et de plus facile, ou la dilatation ordinaire de l'orifice interne. Mais ce ne sont là, messieurs, que des préceptes théoriques, et je ne veux pas aller plus loin dans cet ordre d'idées, ne voulant qu'établir à grands traits les différences que nous offrent les deux affections que nous comparons dans leur marche et dans le mode d'apparition de leurs symptômes, et démontrer qu'il serait possible, en les analysant, d'établir de sensibles différences, et qu'après tout, si l'on voulait confondre, ce serait un état accidentel de la grossesse extra-utérine et non cet état lui-même qu'il faudrait confondre avec l'hématocèle. Mais celle-ci peut-elle se produire en dehors de la conception? Ici je serai plus affirmatif encore. Que veut, en effet, M. Gal-

lard en invoquant la ponte extra-utérine pour expliquer la formation de l'hématocèle? Sans doute, une explication plausible de la congestion qui doit nécessairement précéder l'hématocèle spontanée. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, c'est se placer très gratuitement au vis-à-vis d'une hypothèse. On trouve, en effet, un produit de conception ou l'on n'en trouve pas ; dans le premier cas, il est impossible de ne pas reconnaître que la cause de l'épanchement de sang est la grossesse anormale ; mais il est bien des cas où l'on n'en retrouve aucune trace, et, tant que la présence de tout ou partie de l'œuf n'aura pas été démontrée dans les caillots sanguins, je me refuse à m'associer à l'admission hypothétique d'un ovule fécondé ou non fécondé comme cause première d'un épanchement de sang, ou je suis prêt à admettre qu'il a pu disparaître, mais où je trouve qu'il est inutile de le rencontrer pour avoir une explication satisfaisante de l'hémorrhagie productrice de l'hématocèle.

Je n'ai ici qu'à m'occuper du cas où l'ovule a été fécondé avant de s'égarer, car je crois devoir maintenir la discussion dans les limites mêmes de la présentation que vous m'avez chargé d'examiner ; mais je ne puis ne pas faire remarquer que si j'admets la possibilité de la production de l'hémorrhagie pelvienne sans la présence d'un ovule fécondé égaré, je comprends encore moins la nécessité de l'hypothèse de la chute d'un ovule non fécondé dans le péritoine ou ailleurs ; en un mot, je crois que la ponte extra-utérine n'a pas de meilleures raisons d'existence, comme théorie de l'hématocèle, que celle de la grossesse extra-utérine comme cause de la même maladie. N'examinant que cette dernière et ne voulant pas dépasser les limites d'un rapport, je rappellerai que l'étude de la pathologie, comme celle de l'anatomie et de la physiologie de l'ovaire, semblent venir se prêter un mutuel appui dans la démonstration de ce qui me semble la théorie vraie de l'hématocèle rétro-utérine spontanée ou cataméniale. Que l'on examine le mémoire de M. le professeur Laugier ; que l'on tienne compte comme lui de la congestion normale qui accompagne l'évolution de la vésicule de de Graaf ; que l'on y ajoute la congestion qui naît de l'état maladif antérieur de l'ovaire de ses lésions si bien mis en lumière par ce chirurgien éminent ; que l'on veuille bien aussi se reporter à l'étude de l'anatomie des vaisseaux de l'ovaire et de tout l'appa-

reil génital interne de la femme ; que l'on tienne compte à la fois et de la congestion de l'utérus pendant toute la durée de l'influence cataméniale, de la congestion du bulbe ovarien et de l'érection de tout cet appareil vasculaire, ainsi que l'a fait M. Rouget (*Journal de physiologie de Brown-Séquard*, 1854), et l'on aura, il me semble, la clef de tous les phénomènes qui précèdent, causent et accompagnent l'épanchement intra-pelvien destiné à donner naissance à l'hématocèle rétro ou péri-utérine. La plupart de ces phénomènes se lient, il est vrai, à l'évolution de la vésicule de de Graaf ; mais chacun sait que la congestion normale qui l'accompagne est plus que suffisante pour produire une hémorrhagie si un des points de l'appareil vasculaire génital vient à être rompu, et en particulier si le stroma de l'ovaire altéré ne supporte pas la congestion de ses vaisseaux et se déchire ; mais personne n'a démontré que la marche anormale de l'ovule ait augmenté ou entretenu cette congestion. Les observations démontrent, au contraire, que, lorsqu'il n'est pas fécondé, l'ovule se résorbe et que, lorsqu'il l'a été, ce n'est que plus tard, par suite de son développement et seulement dans certaines espèces de grossesses extra-utérines, qu'il entraîne, entre autres accidents, celui que M. Leven nous a fait observer, c'est-à-dire une hémorrhagie dans le kyste anormal devenant la cause de la mort du fœtus, souvent de celle de la mère, revêtant alors les caractères de l'hématocèle, mais après s'être déjà différencié de l'hématocèle le plus communément observée par les phénomènes prodromiques et pouvant peut-être encore à ce moment être diagnostiquée dans sa variété.

Ont été nommés membres adjoints :

MM. Guerlain, Gros, Raynaud et Leven.

XXXVe ANNÉE. JUIN 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCES-VERBAUX. — 1. Anévrysme de l'aorte communiquant avec l'artère pulmonaire. — 2. Morceaux de lait caillé rendus par un phthisique. — 3. Hémorrhagie de la protubérance. — 4. Carie du rocher, hémiplégie faciale, hémorrhagie de l'arachnoïde. — 5. Cataracte capsulaire antérieure. — 6. Tumeur mammaire. — 7. Fracture de jambe traitée par la pointe métallique. — 8. Calcul vésical, lithotritie, accidents consécutifs. — 9. Tubercules pulmonaires. — 10. Gangrène de l'amygdale. — 11. Œdème de la glotte. — 12. Altération du foie et des ganglions prélombaires. — 13. Testicule tuberculeux. — 14. Diabète, altération du bulbe. — 15. Hypertrophie de la prostate, abcès de la glande, calculs.

OBSERVATION. — Diabète sucré, altération de la surface ventriculaire, et plus particulièrement du 4e ventricule, altération des yeux ; observation par M. LANCEREAUX, interne des hôpitaux.

RECHERCHES sur la coloration bleue et verte qu'on observe au voisinage des plaies, et qu'on a souvent confondue avec la véritable suppuration bleue des auteurs, par M. CHALVET, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Pierreson* présente un *anévrysme de l'aorte communiquant avec l'artère pulmonaire*, sur lequel il donne les détails suivants :

X..., âgé de soixante et un ans, n'a eu d'autre maladie qu'une jaunisse qui a duré quinze jours. Il a été sept ans militaire, puis, revenu dans son pays, il s'occupa à battre le blé ; mais il quitta bientôt cet ouvrage fatigant pour venir se placer à Paris. Le début de l'affection paraît remonter à un an, époque à laquelle le malade ressentit quelques douleurs dans la poitrine. Vers le mois de décembre 1859, il survint de la gêne de la respiration et de l'œdème des malléoles, phénomènes qui, allant toujours croissant, déterminèrent le malade à entrer à l'hôpital Beaujon le 7 avril 1860.

Voici l'état qu'il présente : rougeur des pommettes ; injection de

la face; œdème des membres inférieurs s'arrêtant à peu près au genou; violentes palpitations: pouls égal, régulier; matité à la région précordiale étendue depuis la quatrième côte jusqu'à la septième; impulsion forte du cœur; bruit de souffle à la base de l'organe coïncidant avec le premier temps.

Quelques jours après, un examen attentif du malade fait découvrir au niveau du deuxième espace intercostal gauche, près du bord sternal, une petite tumeur réductible par la pression ayant le volume d'un œuf de pigeon, et n'ayant déterminé aucun changement de couleur à la peau. Perception de battements avec expansion et frémissement cataire. Bruit de souffle coïncidant avec le premier temps et avec le pouls. Les fonctions pulmonaires et digestives s'exécutent normalement.

Sous l'influence du repos, l'œdème des membres inférieurs disparaît, et la dyspnée est moindre. On soumet le malade à l'usage de l'iodure de potassium (1, 2, 3, puis 4 grammes par jour). La tumeur acquiert assez rapidement le volume d'un œuf de poule.

6 *mai*. Depuis quelques jours, dyspnée, quintes de toux, insomnie, anorexie, agitation continuelle. A l'auscultation, diminution du murmure respiratoire dans le poumon droit; râles sous-crépitants en arrière et à la base de ce côté.

7 *mai*. Grande oppression; pâleur de la face; œdème des jambes; battements du cœur très tumultueux. On ne perçoit pas le bruit de souffle dans la tumeur.

Pendant quelques jours l'état du malade est à peu près stationnaire. Le 14 mai, orthopnée, pâleur de la face. La tumeur, peu développée, est le siége de battements tumultueux, au milieu desquels on a peine à percevoir le bruit de souffle. Bruits du cœur sourds; pas de frottement péricardique; gonflement considérable des deux jugulaires externes. Pouls petit, inégal, intermittent, plus petit et plus irrégulier du côté gauche. Pas de voussure notable à la région du cœur. Toux et expectoration pénible de mucus très visqueux. Voix un peu éteinte. Mouvements respiratoires fréquents.

16 *mai*. Orthopnée; agitation continuelle; pâleur de la face. La tumeur semble avoir presque totalement disparu; on y perçoit toujours, néanmoins, des battements et un bruit de souffle. Œdème considérable des cuisses et de la verge. Pouls assez calme, sans irrégularité.

18 *mai*. Depuis ce jour jusqu'à l'époque de la mort, qui arrive le 22 mai, les symptômes restent à peu près les mêmes : orthopnée, pâleur de la face, cyanose et refroidissement des mains, crachats sanguinolents, affaissement de la tumeur, battements tumultueux et souffle.

Autopsie. — Œdème considérable des membres inférieurs du scrotum, de la verge et des parois abdominales jusqu'à l'ombilic.

Cavités pleurales remplies, en grande partie, par de la sérosité citrine sans fausses membranes, sans traces d'inflammation. Splénisation des deux poumons.

Le péricarde est le siége d'une inflammation récente, avec épaississement des deux feuillets, production de fausses membranes, et épanchement de sérosité rougeâtre. Légère hypertrophie du cœur. Valvules saines.

A 3 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes sur la paroi latérale gauche de l'aorte, se trouve une tumeur volumineuse bilobée, dont une portion correspond à la paroi costale. Cette tumeur communique, d'une part, avec l'aorte par un orifice large, et, d'une autre part, avec l'artère pulmonaire par un orifice beaucoup plus étroit. Cette tumeur est remplie de sang liquide et de caillots noirs et mous sans adhérence.

---

2. M. *Barth* fait voir à la Société plusieurs masses d'un blanc rosé, de forme oblongue, de consistance et d'odeur caséeuses, qui ont été rendues par une malade atteinte de phthisie pulmonaire pendant une quinte de toux.

M. Barth n'a pas vu la malade ; ces matières lui ont été envoyées par M. Cahen, avec prière d'en faire l'examen, et de déterminer si ces matières avaient été expectorées ou vomies. Autant qu'il est possible d'en juger par leur aspect extérieur, dit M. Barth, et de formuler une opinion sans avoir eu recours au microscope, qui peut seul trancher la question, je ne pense pas que nous ayons sous les yeux de la matière tuberculeuse provenant du poumon. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'assister à l'expectoration de masses tuberculeuses, entre autres chez une jeune fille qui rejeta, après de violents efforts de toux, une masse pas aussi volumineuse, à la

vérité, que celle que je présente ici. Elle provenait, très évidemment, d'un ganglion bronchique, et elle était reconnaissable à ces parcelles noirâtres que l'on rencontre dans ces glandes. Du reste, l'examen microscopique fait par M. Gruby confirma pleinement l'opinion que j'avais émise. Je citerai encore cet autre fait : je fus appelé près d'une dame, et je lui donnais des soins depuis un certain temps pour une bronchite avec toux opiniâtre et expectoration mucoso-purulente sans signes bien caractéristiques de tuberculisation, lorsqu'un jour, à l'une de mes visites, la malade fut prise d'une quinte de toux violente avec menace de suffocation; puis elle expectora une sorte de concrétion dure qui avait à peu près le volume de l'extrémité du doigt annulaire ; cette concrétion fut lancée sur le parquet, et fit un certain bruit en tombant; elle provenait du poumon, et elle avait dû traverser l'ouverture de la glotte, fait qui pourrait paraître extraordinaire si l'on ne savait aujourd'hui à quel point cet orifice est dilatable.

Pour en revenir à la pièce que je présente, j'ai tout lieu de croire que ces matières proviennent de l'estomac; l'aspect, l'odeur caractéristique de fromage me portent à penser que cette masse est constituée par du lait caillé qui aura été rendu à la suite des efforts déterminés par la toux.

M. *Broca*, après avoir soumis, séance tenante, la pièce présentée par M. Barth à l'examen microscopique, déclare qu'en effet on distingue très bien, même avec un grossissement peu considérable, des globules homogènes, arrondis, entièrement semblables à des globules de lait.

---

3. M. *Cornille* montre une *hémorrhagie de la protubérance*.

R..., âgé de soixante-sept ans, tailleur, entre le 30 mai à l'hôpital de la Charité (service de M. Pelletan). Il n'a jamais eu de maladies vénériennes. En 1845, il a éprouvé durant cinq mois de violentes douleurs dans le dos et dans les cuisses sans que cette maladie, qui semble avoir été de nature rhumatismale, ait laissé aucun trouble du côté des membres inférieurs ou du côté des voies urinaires.

Il y a cinq ou six mois, d'une façon presque subite, cet homme

a ressenti dans les deux jambes de la faiblesse, plus marquée cependant du côté gauche, faiblesse accompagnée d'engourdissement et de secousses musculaires; puis survinrent de l'incontinence et des matières fécales.

Ce malade, dont l'intelligence paraît affaiblie, s'inquiète facilement; il se tourmente beaucoup de sa position; enfin il pleure sans motif. La marche est lente, difficile, chancelante; la sensibilité est conservée aux deux membres inférieurs; il n'y a ni analgésie, ni anesthésie. Le pouls est lent, assez fort: les fonctions digestives sont en bon état. On constate, en outre, l'existence d'une hernie crurale rentrant facilement, et maintenue depuis plusieurs années au moyen d'un bandage.

Le 8 juin, en revenant du bain, le malade fut pris de malaise, de frissons et de vomissements. On s'aperçut alors de la sortie de la hernie. L'interne de garde fut mandé, et constata l'état suivant: décubitus dorsal; face pâle et sans expression; perte absolue de connaissance; insensibilité. Le bras gauche était étendu et serré le long du corps, le bras droit contracturé, le poignet fermé, l'avant-bras fléchi sur le bras et agité de tremblements. La respiration était stertoreuse, le pouls fort et fréquent. La hernie fut réduite. Le malade mourut le même jour à onze heures du soir.

Autopsie. — Rien d'apparent à la surface du cerveau. Les ventricules latéraux sont remplis et distendus par trois ou quatre cuillerées de sérosité teinte en rouge.

Un foyer sanguin assez considérable siégeait dans les deux tiers supérieurs de la protubérance; les fibres nerveuses étaient écartées, déchirées par un sang noir et quelques caillots mous de la même couleur. Ce foyer hémorrhagique se continuait en avant dans les pédoncules cérébraux, et en arrière à travers les pédoncules cérébelleux supérieurs dans la substance blanche centrale de chaque lobe du cervelet. Le quatrième ventricule contenait, dans sa moitié supérieure seulement, une petite quantité de sang qui s'y était introduit par la déchirure de sa paroi inférieure. La moelle avait sa consistance normale et ne présentait rien à noter.

---

4. *M. Dumont* fait voir *une carie du rocher, avec hémiplégie faciale gauche et hémorrhagie de l'arachnoïde.*

B..., vingt-trois ans, tailleur, entré à l'hôpital de la Charité le 26 mai 1860, tousse depuis quatre ans; il n'a jamais eu d'hémoptysie. En 1858, chancre et bubon traités et guéris. Il y a quinze mois, otorrhée, surdité absolue depuis cinq mois, hémiplégie faciale du côté gauche, sans altération de la sensibilité et sans paralysie des membres. Depuis huit jours, cet homme est atteint d'une angine : on constate, en effet, à son entrée à l'hôpital que les piliers du voile du palais et l'amygdale du côté gauche sont couverts d'un enduit blanchâtre. Ces concrétions disparaissent le second jour. A la paroi postérieure du pharynx se trouve une ulcération couverte d'un enduit blanchâtre dont le fond est déprimé, et dont les bords sont saillants, comme taillés à pic; la cautérisation pratiquée directement avec le nitrate d'argent et les insufflations de calomel n'amènent pas de modifications notables, non plus que les pilules de proto-iodure, à la dose de 5 centigrammes par jour. Pas d'adénite sous-maxillaire; pléïade ganglionnaire cervicale.

Au sommet des deux poumons, matité et craquements humides avec prédominance du côté droit; fonctions digestives bien conservées; cependant quelques vomissements paraissent coïncider avec les quintes de toux. Œdème des malléoles; pas de bruit anormal à la région précordiale; un peu de fièvre le soir; sueurs nocturnes; intelligence parfaite; sommeil assez bon; aucun accident cérébral.

Jusqu'au 13 juin, on n'observe aucune modification dans les symptômes. Il meurt subitement dans la nuit.

Autopsie.—Destruction complète des parois de l'oreille moyenne; perforation de la membrane du tympan; on perd de vue le nerf facial et le nerf acoustique presque aussitôt après leur entrée dans le conduit auditif interne. La face supérieure du rocher présente une perte de substance de 2 centimètres de long sur 1 de large; la dure-mère est ulcérée dans le point correspondant; la cavité avec laquelle cette perforation communique est remplie de pus, de sang et de détritus osseux. Il n'y a pas traces de matière tuberculeuse dans l'épaisseur du rocher; la trompe d'Eustache semble oblitérée à son extrémité interne, et l'on observe à ce niveau une induration cartilagineuse. Cet état anatomique explique l'impossi-

bilité où se trouvait le malade de faire sortir l'air par l'oreille en se bouchant le nez.

La substance du cerveau correspondant à l'ulcération de la dure-mère et celle du cervelet, dans le point le plus voisin, sont brunâtres, un peu ramollies; le pédoncule cérébelleux moyen et la moitié gauche du pont de Varole sont ramollis; la face convexe de l'hémisphère gauche est rouge, et, sous l'arachnoïde, existe un épanchement très superficiel dont la plus grande épaisseur correspond à l'extrémité postérieure du lobe gauche; en ce point, le cerveau présente une perte de substance capable de loger une noisette; le caillot sanguin qui constitue l'épanchement est très différent et indique, par son état, un développement très récent; il est couvert de quelques lambeaux d'une membrane mince transparente; la pie-mère est très injectée; l'arachnoïde, dans l'intervalle des circonvolutions, offre une teinte laiteuse; les tissus sont gorgés de sang, mais n'offrent aucune trace de phlébite ni d'encéphalite.

Tubercules dans les poumons; adhérence des deux sommets.

---

5. M. *Pamard* montre une *cataracte capsulaire antérieure*. — On voit, en effet, au centre de la cristalloïde une opacité ayant 1 millimètre dans tous ses diamètres, faisant un léger relief au-dessus de la membrane et présentant une couleur d'un gris blanchâtre assez mat. Le cristallin est entièrement normal, sauf un point très limité situé au centre même de la lentille, où le tissu cristallinien offre une teinte un peu louche. On rencontre aussi sur la face postérieure de la lentille deux ou trois lignes opaques rayonnant du centre à la circonférence, en forme d'étoile.

---

6. M. *Dufour* met sous les yeux de la Société une *tumeur mammaire* enlevée par M. Demarquay. Elle a le volume de la moitié du poing environ, mais n'est pas entièrement composée du tissu malade. Le mamelon, la peau et une partie saine de la glande, en arrière du mamelon, forment environ un cinquième de la masse; deux autres cinquièmes, immédiatement postérieurs au précédent,

représentent la partie malade ; deux autres cinquièmes sont composés de tissu adipeux normal postérieur aux trois cinquièmes précédents. Le premier cinquième tout autour du mamelon, dans l'aire de 1 à 2 centimètres environ, a, avons-nous dit, la souplesse et la structure normales de la glande. On y voit même les conduits galactophores assez dilatés. Ces conduits sont remplis d'un suc huileux blanchâtre assez abondant qui me fait penser que probablement il y avait chez la malade un suintement par le mamelon, fait sur lequel on a rappelé l'attention dans ces derniers temps. Ce suc huileux se compose au microscope de granulations et de gouttelettes graisseuses avec plus ou moins de cellules épithéliales normales de la mamelle.

La partie morbide de la tumeur se trouve immédiatement en arrière de cette partie saine : elle offre environ une surface de 3 à 4 centimètres carrés sur 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. L'aspect d'ensemble de ce tissu morbide offre tous les caractères que l'on a assignés en clinique au squirrhe de la mamelle, substance blanc-jaunâtre, dure, résistant à la coupe, avec des tractus blanchâtres çà et là dans la direction antéro-postérieure.

Voici maintenant ce que nous a présenté ce tissu au microscope :

Un épaississement ou hypertrophie considérable du tissu lamineux et fibreux normal, si abondant, interposé aux lobules et aux acini terminaux de la glande.

Par un raclage assez énergique, on obtient un suc granuleux se mêlant irrégulièrement à l'eau, et non pas un suc laiteux et entièrement émulsif, comme dans le vrai cancer. Ce suc est formé de granulations et de gouttelettes graisseuses très abondantes, de lambeaux plus ou moins considérables de fibres cellulaires et de cellules épithéliales de la glande. En prenant un lambeau du tissu lui-même et le dilacérant avec les aiguilles, on le trouve composé de tissu cellulaire, qui, dans certains points, forme, par ses faisceaux entrecroisés, des espaces ronds qui, sans doute, étaient remplis par les acini. Nulle part on ne retrouve ceux-ci, mais seulement une grande quantité d'épithélium mammaire. Quelques cellules sont déjà bien un peu plus grandes, ainsi que leur noyau, que les cellules normales; mais la plus grande partie conserve encore le type normal.

Dans certaines parties de la masse morbide, on voyait déjà à

l'œil nu une structure qui est en concordance avec ce que donne l'examen microscopique. Ainsi, dans certains points, on aurait cru voir de la matière colloïde semi-transparente. Si l'on y regarde avec attention, on s'aperçoit qu'on a sous les yeux des tractus fibro-celluleux anastomosés en réseaux interceptant de petites vacuoles remplies d'une pulpe grisâtre semi-transparente, formée par de l'épithélium mammaire et des vaisseaux sanguins plus ou moins abondants.

Comme interprétation morphologique de cette maladie du sein, je pense que nous avons ici une forme d'épithélioma mammaire diffus dans une gangue celluleuse épaissie avec destruction des acini. Cet épithélioma est peut-être un degré vers une dégénérescence plus avancée vers le *cancer véritable* de la mamelle, hypothèse que je soumettais au jugement de la Société au mois de mai 1859, à propos de trois tumeurs du sein que je présentai alors.

---

7. M. *Guéniot* présente une *fracture de jambe traitée par la pointe métallique de M. Malgaigne.* — Le 16 décembre 1859, entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Manec, un homme âgé de cinquante-trois ans, terrassier, d'une constitution forte et d'une assez belle apparence de santé générale. La veille au soir, cet homme, étant tombé dans un fossé, avait reçu un éboulement de terre assez considérable sur la jambe droite, dont les deux os se trouvèrent ainsi fracturés à leur partie inférieure. Il est, d'ailleurs, difficile de savoir si la fracture fut produite par la chute elle-même ou par l'éboulement qui en fut la suite. Quoi qu'il en soit, la lésion osseuse ayant été bien constatée, un bandage de Scultet fut aussitôt appliqué et le membre placé dans un appareil hyponarthécique.

Le 1er janvier 1860, M. Malgaigne, ayant pris le service de M. Manec, examina la fracture et remarqua que le fragment supérieur, incomplétement maintenu, soulevait assez fortement la peau et menaçait de l'ulcérer. Plusieurs tentatives de réduction ayant été faites inutilement, l'appareil à pointe métallique de M. Malgaigne fut appliqué le 3 janvier. La fracture se réduisit et fut ainsi maintenue d'une manière très satisfaisante; la saillie du frag-

ment supérieur disparut et la rougeur inflammatoire qui existait à son niveau s'effaça complétement au bout de quelques jours. Le malade était, d'ailleurs, dans un bon état de santé générale, n'ayant pas de fièvre et mangeant trois à quatre portions d'aliments.

Jusqu'au 15 janvier, tout alla très bien, le malade n'ayant éprouvé, pour ainsi dire, aucune douleur et n'offrant pas de phénomène réactionnel. Les tissus restaient parfaitement sains au pourtour de la pointe qui maintenait le fragment supérieur comme au premier jour de son application. Mais alors apparurent des symptômes de pneumonie qui, s'aggravant peu à peu, finirent par emporter le malade. La pointe métallique ne fut enlevée que le 28 janvier; mais déjà, depuis sept à huit jours, des mouvements intempestifs du malade l'avaient rendue un peu vacillante. Malgré cette circonstance défavorable, il ne se manifesta aucune rougeur inflammatoire à son pourtour; seulement, à partir du moment où elle fut ébranlée, on vit apparaître autour de son point d'insertion une sérosité légèrement sanguinolente qui se concréta sous forme de croûtes noirâtres.

A l'*autopsie*, on trouva les lésions caractéristiques d'une pneumonie étendue et arrivée, en plusieurs points, au troisième degré, avec quelques caillots fibrineux dans le cœur; les parties molles de la jambe fracturée, les muscles surtout, offrent une teinte brun noirâtre produite par une infiltration de sang encore considérable. En plusieurs points même, dans le voisinage de la fracture, on remarque de petits caillots noirs et assez durs. La peau et le tissu cellulaire présentent à l'endroit de la pointe une très petite ulcération à bords irréguliers. Ce phénomène est dû visiblement au léger glissement qu'a subi la pointe dans les huit derniers jours de son application.

Quant à la lésion osseuse, elle intéresse à la fois le tibia et le péroné. Le premier de ces os offre, à 8 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, un exemple remarquable de la fracture dite en V (1), exemple dans lequel on constate que le fragment *supérieur* se termine par une extrémité bifide simulant assez bien la forme d'un V, dont les branches seraient l'une anté-

(1) Mais avec une disposition inverse de la disposition habituelle.

rieure et l'autre postérieure. La première, plus épaisse et plus volumineuse que l'autre, présente une surface de rupture assez nette et oblique, de haut en bas et d'arrière en avant; elle a environ 3 centimètres de long. La deuxième, c'est-à-dire la postérieure, ressemble à une lame verticale et quadrilatère, laquelle est elle-même fracturée transversalement à son point de jonction avec le corps de l'os. Dans l'angle rentrant formé par ces deux prolongements osseux est enclavée l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui s'y ajoute pour ainsi dire comme un coin. Une conséquence de l'inégalité de forme et de volume des deux branches du V osseux est que le sommet de son angle rentrant se trouve correspondre notablement en arrière de l'arc du tibia. Il n'existe pas de déplacement latéral des fragments; pas de fissure osseuse.

Au péroné, il existe deux fractures complètes, dont une siége au niveau de la fracture du tibia, et offre pour caractère principal de former en arrière un angle saillant très prononcé. Les fragments, en effet, au lieu de chevaucher l'un sur l'autre, se sont portés fortement en arrière, et sont restés en contact par leur extrémité. L'autre fracture siége à 10 centimètres au-dessus de la première et ne présente rien d'important à noter, si ce n'est la netteté des surfaces rompues.

Autour de ces diverses fractures, il existe un tissu osseux de nouvelle formation, tissu spongieux qui ne relie que d'une manière très imparfaite encore les fragments en contact. Le travail de réparation ne paraît pas être en rapport avec l'époque déjà éloignée de l'accident.

Sur la face interne du tibia, à 4 centimètres au-dessus de la fracture et à 5 millimètres de la crête antérieure de l'os, se trouve une légère érosion du tissu osseux qui présente, au lieu de l'aspect lisse et régulier du tissu compacte, une apparence de tissu finement spongieux. D'ailleurs, pas de décollement du périoste qui offre là un très léger épaississement, et, comme le tissu osseux lui-même, une faible injection des capillaires sanguins. C'est en ce point qu'était fixée la pointe métallique.

S. M. *Guerlain* montre les organes génito-urinaires d'un homme atteint de *calcul vésical*, chez lequel on pratiqua la lithotritie.

C..., dix-sept ans, cartonnier, malade depuis trois ans, entre le 12 juin 1860, salle Sainte-Marthe, n° 40.

Le 13, exploration qui permet de constater la présence d'un calcul.

Le 16, on fait une séance de lithotritie ; on introduit l'instrument plusieurs fois pendant un quart d'heure.

Le même jour, à trois heures, frisson, peau chaude, langue blanche, pouls fréquent, peu de sensibilité du ventre. Il urine bien. On a retiré environ gros comme un haricot de débris du calcul.

Le 17, à onze heures, frissons, vomissement, langue sale, pouls fréquent, peau chaude, facies injecté, ventre sensible. Il a uriné et rendu quelques graviers.

Le 19, vomissement, diarrhée, un peu de délire.

Mort à deux heures du matin, le 20 juin.

Autopsie. — Ventre ballonné. Emphysème du tissu cellulaire, dû à la décomposition putride. Un peu de sérosité roussâtre en petite quantité dans les plèvres. Cœur petit, mou, flasque. Foie énorme, mou, diffluent, semblable au tissu de la rate ; sa surface est piquetée de taches blanches, grosses comme une tête d'épingle, sans saillie apparente. La bile est d'un brun très intense, presque noire. Rate volumineuse, très diffluente. Le tissu cellulaire périnéphrétique à gauche, présente une énorme tache ecchymotique.

Le rein droit incisé montre la substance rénale un peu diffluente et ramollie, et près de l'extrémité supérieure, une petite tache ecchymotique large comme une lentille.

La muqueuse du bassinet est bleuâtre, mais pas injectée. S'il y a là néphite, elle est fort légère.

Le rein gauche est plus ferme que le droit, son tissu moins ramolli, la muqueuse du bassinet moins injectée. Les uretères sont sains, sans décoloration ni injection de la muqueuse. La vessie présente sur son côté droit, en avant et en haut, une tache ecchymotique large comme une pièce de cinq francs, mais au-dessous les autres tuniques sont saines. La muqueuse vésicale, blanche, sans

trace d'injection, contient un bon verre d'urine boueuse. Le calcul, qui occupe le bas-fond, a 4 centimètres dans son grand diamètre, et 3 dans son petit; il est ovale et semble formé de phosphate ammoniaco-magnésien. Une de ses extrémités a été entamée par l'instrument.

Le bulbe présente une légère ecchymose, qui se voit aussi au niveau du col vésical.

L'urèthre est sain, et renferme un petit débris de calcul engagé.

M. M. *Martineau* présente des *tubercules des poumons*.

Un individu de vingt-cinq ans entra dans le courant du mois de mai dernier à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Hillairet). Sa mère et l'un de ses frères ont succombé à une affection tuberculeuse. Lui-même présente des signes très évidents de phthisie, surtout du côté droit : matité, souffle presque amphorique, gargouillement dans toute l'étendue du poumon, sans tintement métallique, sans fluctuation thoracique. Fièvre intense (160 à 170 pulsations). Malgré cela, le malade avait conservé une partie de ses forces, il n'était pas obligé de garder le lit et se promenait une partie de la journée. Le peu d'intensité des phénomènes généraux, à part la fréquence du pouls, les signes perçus à l'auscultation avaient jeté quelque obscurité sur la nature précise de l'altération pulmonaire, et plusieurs médecins, qui examinèrent ce malade, crurent à l'existence d'un pneumothorax.

A l'*autopsie*, on trouva du côté droit une adhérence complète des deux feuillets de la plèvre, limitée à la partie postérieure. A la partie antérieure, la cavité de la séreuse contient une sérosité claire. Tissu pulmonaire induré, farci de tubercules, la plupart à l'état cru, quelques-uns ramollis.

Plusieurs cavernes de petites dimensions.

Plèvre pulmonaire gauche recouverte de fausses membranes, minces encore à la première période. Poumon infiltré de tubercules, sans excavations bien manifestes.

M. *Blain*. Ce fait offre plus d'intérêt au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. L'affection a suivi une

marche rapide, et le diagnostic a présenté un certain degré d'incertitude, ainsi que vous l'a dit M. Martineau. J'ai eu l'occasion de voir un phthisique avec des symptômes analogues, et j'émis aussi quelques doutes sur l'existence d'un pneumothorax.

L'induration du tissu pulmonaire, l'existence de cavernes au milieu d'une infiltration tuberculeuse aussi étendue, expliquent les signes stéthoscopiques perçus pendant la vie ; mais j'ajouterai qu'il est très rare de voir un pneumothorax se produire avec de semblables altérations ; cette affection se rencontre beaucoup plus souvent dans des conditions tout opposées, lorsque, par exemple, il n'existe qu'une seule caverne, située près de la plèvre pulmonaire. Chez ce malade, au contraire, la totalité des poumons était envahie par les tubercules, et l'on a même peine à comprendre comment se faisait l'hématose.

---

10. *M. Baudot montre une gangrène de l'amygdale.*

D..., âgé de vingt ans, maçon, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 31 (service de M. Becquerel).

Depuis trois semaines, il éprouve de la douleur à la gorge, douleur augmentant dans les mouvements de déglutition... Un médecin avait cautérisé la gorge (il ne peut dire avec quel liquide), avait fait appliquer des sangsues à l'angle de la mâchoire, et lui avait ordonné un gargarisme. Malgré ce traitement, la maladie s'aggrava de jour en jour, et le 6 juin, le malade offrait l'état suivant : état adynamique des plus profonds, face pâle, terreuse, portant l'empreinte de la stupeur, lèvres décolorées ; décubitus dorsal, voix affaiblie, peau sèche et terreuse, pouls faible, petit, dépressible à 96 pulsations. Depuis deux jours, hoquets durant plusieurs heures ; le 6 juin, le hoquet, qui avait débuté vers trois heures du soir, se continua avec quelques interruptions jusqu'à sa mort. Une odeur fétide s'exhale de la bouche, d'où sort un liquide sanguinolent, noirâtre et fétide ; la langue est sèche et recouverte d'un enduit brunâtre. Le malade peut à peine s'asseoir pour nous permettre d'examiner sa gorge ; tuméfaction de l'amygdale droite, dont la coloration noirâtre, la surface irrégulière, et de laquelle pendaient des lambeaux flottants également noirâtres, me firent penser à une

gangrène. A l'angle de la mâchoire droite existe un gonflement très considérable, dû à la tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires; la peau, à ce niveau, est lisse, luisante, et n'offre aucune coloration anormale. Pas de diarrhée, pas de dyspnée, râles sibilants et ronflants dissiminés dans toute l'étendue de la poitrine. Le malade fut soumis à un traitement tonique énergique: macération et potion de quinquina, vin de quinquina 120 grammes, bouillons. Néanmoins, le malade mourut le lendemain à trois heures de l'après-midi.

Autopsie le 8 juin 1860.— Le pharynx et l'œsophage, la trachée, le poumon et le cœur ayant été enlevés, on constata que la lésion de l'amygdale était parfaitement limitée, et que l'amygdale gauche, le voile du palais, la muqueuse du pharynx, n'étaient le siége d'aucune lésion, fût-ce même de la rougeur, il en était de même de l'œsophage, de la trachée, des bronches et du cœur; les poumons seuls étaient le siége à droite de noyaux congestionnels disséminés dans toute l'étendue de l'organe respiratoire, à gauche d'un état congestionnel occupant tout le lobe inférieur. Au niveau des noyaux et de la base du poumon droit le tissu pulmonaire offrait une teinte rouge, uniforme, une densité plus considérable, un aspect lisse et nullement granité à la coupe, et enfin une résistance assez notable à la pression du doigt. Les reins étaient complétement anémiés. Le foie, la rate, n'offraient aucune lésion. L'amygdale droite fait une saillie très considérable dans l'isthme du gosier, atteint la luette en dedans, repousse les piliers antérieur et postérieur en avant et en arrière; sa face interne est noirâtre, et l'on voit naître à sa partie médiane des lambeaux irréguliers noirâtres qui lui adhèrent assez intimement pour que des tractions, à l'aide d'une pince, ne puissent l'en séparer. En examinant d'ailleurs avec beaucoup d'attention la surface de cet organe, il devient bien évident qu'elle n'est recouverte par aucune production pseudo-membraneuse. Si on fait une coupe de l'amygdale au niveau de sa partie altérée, on observe que la surface de la section offre une teinte noirâtre dans une étendue de 4 à 5 millimètres au niveau de sa plus grande largeur, que cette largeur diminue insensiblement en avant et en arrière. Cette tache noirâtre est formée manifestement par le tissu de l'amygdale mortifié, et l'on peut parfaitement à l'œil nu voir le tissu altéré se continuer directement avec le tissu

environnant, siége d'une augmentation de vascularisation très considérable. La face postérieure du pilier pharyngien présente dans l'épaisseur de la muqueuse cinq à six petites taches grisâtres, début de la gangrène dans cette partie du pharynx. La muqueuse des fosses nasales était normale.

---

11. M. *Worms* met sous les yeux de la Société la langue et le larynx d'un soldat qui succomba par suite *d'un œdème de la glotte.*

Cet homme avait eu, il y a un an, une angine qui s'est terminée par l'ouverture spontanée d'un abcès. L'affection pour laquelle il venait à l'hôpital du Gros-Caillou ne datait que de huit jours, pendant lesquels il continua néanmoins à faire son service, lorsqu'il fut pris subitement de gêne dans la respiration et plus tard d'accès de suffocation. Une potion stibiée fut administrée sans résultat, et le malade succomba aux progrès rapides de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouva une tuméfaction considérable des glandes de la base de la langue qui contenaient un liquide purulent; une tuméfaction considérable des amygdales, qui ont à peu près le volume d'un œuf de pigeon, et dont le tissu est infiltré de pus; un œdème considérable des piliers postérieurs du voile du palais qui ont un aspect gélatineux. L'épiglotte et les replis arythéno-épiglottiques sont quadruplés d'épaisseur et l'on voit de petits foyers purulents dans le tissu sous-muqueux. Dans le larynx, l'œdème s'étend jusqu'aux cordes vocales inférieures et forme un bourrelet comparable à celui du paraphimosis. La cavité ventriculaire est presque effacée; la muqueuse trachéale est rouge.

---

12. M. *Baudot* fait voir une *altération du foie et des ganglions prélombaires* sur laquelle il remet la note suivante :

L..., quarante-deux ans, terrassier, entre à l'hôpital de la Pitié le 23 mai 1860. Depuis six mois environ, il est atteint d'une diarrhée qui présenta des alternatives d'exacerbation et de rémission, et qui, après avoir eu le caractère dysentérique, devint, dans ces derniers temps, simplement bilieuse. Il accuse en outre un gonflement très notable du ventre et un œdème des membres inférieurs,

survenus quelques semaines avant son entrée à l'hôpital. Amaigrissement très marqué du tronc et des membres supérieurs contrastant d'une manière très évidente avec le gonflement de l'abdomen et des membres inférieurs. Peau chaude et sèche avec teinte grisâtre et terreuse. Pouls petit, régulier à 84. Aucun trouble appréciable dans les fonctions du cœur ou du poumon. Épanchement ascitique dans l'abdomen; le foie ne déborde pas les fausses côtes; langue blanche, légèrement rouge sur les bords; cinq ou six selles jaunâtres liquides par jour; intelligence très nette.

Le 30 mai, on vit apparaître sur les sclérotiques une coloration ictérique dont l'intensité s'accrut de jour en jour; les selles devinrent involontaires; le pouls, de 86 s'éleva à 110 et 120 pulsations. Dans la nuit du 3 au 4 juin, survint du délire auquel succéda bientôt l'état adynamique le plus profond. La mort arriva le 6 juin.

Autopsie. — Aucune lésion des organes thoraciques; foie augmenté de volume d'un tiers environ; la coupe de cet organe n'est point grenue comme d'habitude, mais parfaitement uniforme; son tissu, d'un rouge plus ou moins foncé, est parsemé de larges plaques de couleur jaunâtre. L'examen microscopique de ce tissu, fait par MM. Lancereaux et Heurtaux, montra l'existence d'une grande quantité de globules graisseux dans l'intérieur des cellules. Forte congestion de la rate; arborisations vasculaires disséminées dans la muqueuse du gros intestin notablement épaissie; masse ganglionnaire pyriforme, située au-devant de la colonne lombaire, ayant à la coupe une coloration jaunâtre semblable à celle des taches du foie.

---

13. M. *Bailly* montre un *testicule tuberculeux*, qu'il a enlevé à un homme de soixante-douze ans, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu d'affections vénériennes et ne présentant aucun signe de tubercules pulmonaires.

C'est par hasard que le malade s'aperçut, il
d'une tumeur des bourses. Dans le courant du
constata dans le scrotum la présence d'une tu

à sa partie postérieure, fluctuante à sa partie antérieure. Une ponction fut faite et donna issue à un liquide clair, transparent comme celui d'une hydrocèle. Une injection iodée fut pratiquée. La tumeur du testicule persistant malgré les moyens employés, deux ouvertures fistuleuses s'étant produites à la partie externe des bourses, on se décida à faire l'ablation du testicule. L'opération n'offrit aucune difficulté. L'examen du testicule enlevé fit voir d'abord une adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale, puis une dégénérescence complète de l'épididyme et des tubercules disséminés dans l'intérieur du testicule.

M. *Cruveilhier*. Je crois que dans le cas présent on s'est trop hâté de pratiquer la castration. En général, l'affection tuberculeuse du testicule a de la tendance à guérir spontanément par suite de la fonte des masses tuberculeuses et de leur élimination successive. Parmi les exemples de guérison spontanée qu'il m'a été donné d'observer, je pourrais rapporter l'histoire d'un homme qui porta pendant très longtemps une fistule résultant d'une fonte tuberculeuse du testicule, l'écoulement finit par se tarir, la glande s'atrophia, et cet individu est aujourd'hui très bien portant. Du reste, il me semble que la question du traitement, et surtout de l'opportunité de l'opération n'a pas été nettement résolue. Le chirurgien doit-il intervenir et pratiquer la castration, ou bien la maladie doit-elle être abandonnée aux seuls efforts de la nature?

M. *Houël*. La question posée par M. Cruveilhier me paraît en partie résolue, puisque la majorité des chirurgiens considère le sarcocèle tuberculeux comme une affection primitivement locale, qui ne se généralise que plus tard; on doit donc se hâter d'intervenir, afin d'empêcher la maladie de s'étendre et de gagner de proche en proche.

M. *Potain* se rappelle avoir vu M. Malgaigne enlever des portions de testicule malade, et obtenir des guérisons à la suite de ces ablations du tissu dégénéré.

M. *Dufour*. Je con[illegible] générale, la castration comme contre-indiquée d[illegible] de tuberculeux : d'abord cette opération par [illegible] de dangers; elle

amène des accidents qui peuvent devenir mortels, tandis que l'affection tuberculeuse n'a pas une issue nécessairement funeste, et permet de vivre encore assez longtemps. Ensuite l'ablation d'un testicule tuberculeux n'a pas empêché la maladie d'envahir les voies séminales. J'ai vu plus d'une fois, dans le service de mon maître, M. Ricord, des individus auxquels il avait fait la castration revenir avec des tubercules dans la prostate, dans les vésicules séminales, ou bien encore dans l'autre testicule. On ne doit pas oublier que des tubercules peuvent exister dans la prostate ou dans les vésicules séminales avant de se montrer dans le testicule, et qu'il est toujours bon, dans ces cas, de s'assurer par le toucher rectal de l'état des voies séminales. La tuméfaction de la prostate, accompagnée d'une blennorrhée uréthrale et coïncidant avec une tumeur testiculaire, est un des meilleurs signes diagnostiques du sarcocèle tuberculeux.

M. *Caudmont*. Toute intervention chirurgicale me paraît inutile dans la maladie qui nous occupe; le plus souvent, je n'ose dire toujours, l'affection tuberculeuse dans la prostate, les observations cliniques, mais surtout les recherches cadavériques viennent à l'appui de ce que j'avance. Ce sont, en général, des troubles du côté du col vésical qui ouvrent la scène, et ce n'est que plus tard que l'on aperçoit la tuméfaction de l'épididyme et du testicule.

M. *Houël*. Les faits qu'il m'a été donné d'observer se trouvent en désaccord avec l'opinion émise par M. Caudmont, et chez un certain nombre d'individus atteints de sarcocèle tuberculeux, même chez ceux qui avaient une fistule, je ne me souviens pas avoir constaté par le toucher rectal une tuméfaction notable de la prostate.

M. *Siredey*. A l'appui de ce qu'a dit M. Caudmont, je citerai l'observation d'un individu entré dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une pleurésie. Cet homme, après plusieurs semaines de séjour à l'hôpital, vit apparaître un écoulement uréthral, et bientôt après l'on constatait une tuméfaction de l'épididyme et du testicule. Cet homme mourut à la suite d'une phthisie pulmonaire. L'autopsie montra que les tubercules étaient à un degré beaucoup plus avancé dans la prostate et dans les vésicules séminales que dans l'épididyme et dans le testicule. L'on est

en droit de conclure qu'ici l'affection avait débuté par les parties profondes.

M. *Caudmont*. Je ne saurais admettre comme parfaitement concluants les faits cités par M. Houël, puisqu'ils sont relatifs à des observations faites pendant la vie, et je leur opposerai un assez grand nombre de pièces présentées à la Société anatomique, dans lesquelles il est facile de voir que la lésion est beaucoup plus avancée dans la prostate et les vésicules séminales que dans le testicule et l'épididyme.

M. *Dufour*. Il est très difficile de formuler nettement une opinion sur le point de départ de la tuberculisation des organes génitaux. Un certain nombre de faits sont d'accord avec ce qu'a observé M. Houël ; les autres, et c'est, je crois, la majorité, viennent à l'appui de l'opinion de M. Caudmont. On se trouve ici dans le même embarras que lorsqu'en présence de tubercules pulmonaires et d'une tumeur blanche on cherche à déterminer laquelle des deux affections a précédé l'autre.

---

14. M. *Luys* présente, au nom de M. *Colombel*, le bulbe d'un homme atteint de glucosurie.

V..., âgé de trente et un ans, entre dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, le 8 juillet 1856. Il a longtemps habité la campagne, se nourrissant presque exclusivement de légumes, mangeant rarement de la viande, et ne buvant presque jamais de vin. C'est au mois de janvier 1856 que V... remarqua les premiers symptômes de sa maladie : soif intense, envies fréquentes d'uriner qui l'obligeaient de se lever sept ou huit fois la nuit. Au bout de quelques mois survinrent des troubles dans la vue et une perte considérable de ses forces. A son entrée à l'hôpital de la Charité, la proportion de sucre était de 30 grammes pour 1000 d'urine. Sous l'influence d'un traitement convenable, la quantité de glucose tomba à 18 grammes. Pendant les années 1857, 1858 et 1859 l'état resta à peu près le même ; il survint une double cataracte. Vers la fin de 1859, l'état du malade s'aggrava si bien que, au moment où M. Colombel entra dans le service de M. Briquet, en

janvier 1860, V... était dans un état cachectique prononcé ; il était amaigri et d'une pâleur extrême, les forces presque complétement perdues ; à peine pouvait-il se lever quelques heures dans la journée.

État général mauvais ; tous les soirs accès de véritable fièvre hectique ; la nuit transpiration abondante ; toux fréquente ; crachats abondants et purulents ; de temps en temps douleurs intercostales ; œdème des extrémités inférieures ; diarrhée ; perte d'appétit ; sommeil nul ; enfin tous les symptômes réunis aux résultats de la percussion et de l'auscultation ne laissaient pas de doutes sur la tuberculisation. En effet, ce dernier examen nous permit de constater la présence de tubercules des deux côtés, surtout à droite, où existait une caverne. Cet état alla en s'aggravant de jour en jour sans offrir rien de particulier à signaler, et V... succomba aux progrès de la phthisie pulmonaire.

Autopsie le 16 mars 1860. — Du côté des poumons on trouve des tubercules des deux côtés à différents degrés d'évolution ; ils sont ramollis aux deux sommets, et au moins dans la moitié de la hauteur des deux poumons ; du côté droit il y a une caverne assez volumineuse. Le cœur est sain. Le foie est un peu hypertrophié ; sa densité est augmentée, et son poids sensiblement plus grand qu'à l'état normal ; à l'extérieur sa couleur est plus foncée, et si l'on y pratique quelques coupes, on y constate une congestion très prononcée, et il s'en écoule avec abondance un sang noir. Les deux reins sont légèrement hypertrophiés, très décolorés, sans altération appréciable à l'extérieur ; ils s'énucléent facilement, et leur enveloppe fibreuse n'y adhère nullement ; en pratiquant leur coupe on voit que leur tissu est pâle et décoloré, sans qu'il y ait altération d'une de leurs deux substances ; les vaisseaux ne sont pas altérés, mais leur nombre paraît un peu augmenté.

L'encéphale n'offre dans son ensemble aucune lésion particulière ; la masse du cerveau a son volume normal ; les méninges sont pâles et décolorées, et l'on trouve un peu de liquide incolore qui s'écoule en enlevant cet organe.

M. Luys a remis à la Société de biologie la note suivante sur les altérations du quatrième ventricule

La paroi antérieure du quatrième ventricule, d'une manière générale, était colorée d'une nuance brunâtre, et, de plus, elle était fortement vascularisée; à l'état normal, elle est ordinairement blanchâtre, et c'est à peine si l'on y distingue quelques stries sanguines ; en outre, sa consistance était notablement diminuée; elle s'enlevait sous l'action d'un raclage très léger, comme une bouillie gélatiniforme. Cette teinte jaune brunâtre était beaucoup plus foncée en quatre endroits symétriquement placés sur les côtés de la ligne médiane à des hauteurs différentes; cette accumulation de substance brunâtre formait en ces endroits comme de véritables taches noirâtres.

Les deux taches supérieures, à bords diffus, à centre plus foncé, étaient situées à 1 centimètre environ au-dessous des pédoncules supérieurs du cervelet, des deux côtés de la ligne médiane. Les deux inférieures, situées à environ 1 centimètre au-dessus des pyramides postérieures, correspondaient au point où les pédoncules inférieurs plongeaient dans le cervelet; elles étaient distantes d'environ 1 centimètre pareillement de la ligne médiane. La tache inférieure gauche était la moins accentuée; la droite, au contraire, du même côté, était la plus prononcée; c'est elle surtout qui était le siége de la vascularisation la plus intense.

L'examen histologique nous fit constater, outre une turgescence remarquable des capillaires du plus fort calibre, que la présence de ces taches, jaune fauve et brunâtre par place, n'était due qu'à une dégénérescence particulière de toutes les cellules nerveuses des régions sus-mentionnées. Toutes ces cellules étaient en voie d'évolution rétrograde; elles étaient toutes remplies de granulations jaunâtres; elles étaient déchiquetées sur leurs bords; la plupart étaient à moitié détruites, et ne présentaient plus que quelques fragments à peine reconnaissables. Il va sans dire que toutes les connexions des cellules entre elles avaient complétement disparu ; nous ne pûmes reconnaître, même après macération de la pièce dans une solution d'acide chromique, l'existence des anastomoses des prolongements des cellules, qui sont si multipliés en cette région.

Il ressort donc de ceci :

1° Qu'il existait une lésion non traumatique bien réelle et profonde des parois du quatrième ventricule ;

2° Que cette lésion consistait dans une destruction moléculaire des éléments histologiques, et que leurs débris, chargés de granulations jaunâtres, donnaient à la paroi du quatrième ventricule la coloration spéciale que nous avons signalée;

3° Que cette lésion, dont l'organisme seul avait fait les frais, correspondait précisément aux points que la physiologie expérimentale et l'étude des lésions traumatiques de la région cervicale postérieure ont signalés comme doués de la propriété d'amener l'exagération de la fonction glycogénique du foie, et, par suite, le passage du sucre dans les urines.

---

15. M. *R. Leroy* (*d'Étiolles*) fait voir une *hypertrophie de la prostate, avec un ancien abcès de la glande, contenant plusieurs calculs.*

M. X... eut en 1857 quelques troubles du côté de la miction, entre autres une hématurie assez considérable. Ces accidents cédèrent à une médication antiphlogistique. Six mois après, nouveaux accidents, abcès de la prostate qui s'ouvre dans le rectum. Enfin, dans le courant de l'année 1858, le malade rendit quatorze petits calculs par l'urèthre. Lorsque M. Leroy le vit pour la première fois, le 26 juin 1859, M. X... avait tous les signes rationnels de la pierre : à la première exploration, qu'il fit avec une sonde métallique à petite courbure, il trouva l'urèthre obstrué par plusieurs petits calculs qu'il déplaça facilement, et put, à un second examen, s'assurer de l'existence de plusieurs calculs contenus dans la vessie.

Le 7 septembre 1859, M. Leroy (d'Étiolles) père constata par le toucher rectal qu'il existait en avant de la prostate, très tuméfiée, une saillie inégale, bosselée, dure, contenant vraisemblablement des calculs. Le cathétérisme avait démontré la présence de petites pierres arrêtées au col vésical, et un assez grand nombre de semblables contenues dans la vessie. La lithotritie fut déclarée praticable, et une première séance fut faite immédiatement. Une seconde, puis une troisième séance suivirent. Après cette dernière, il fut impossible de trouver des calculs dans la vessie, et l'on put croire un instant le malade guéri. Mais les douleurs reparurent, et un nouveau cathétérisme fit reconnaître la présence de petits

calculs. C'est alors que l'on eut l'idée qu'il existait une poche prostatique contenant des pierres, qui se vidait de temps à autre dans la vessie. Une pleurésie survenue dans le courant du mois d'octobre obligea de suspendre les séances de lithotritie. On reprit le traitement à la fin de novembre. Neuf séances de lithotritie, en tout quatorze séances, furent faites, lorsqu'à la fin de février 1860 M. X... succomba à la suite d'une pleuropneumonie.

Autopsie. — Reins volumineux, hypérémiés, friables. Vessie médiocrement développée, à parois hypertrophiées; sa cavité ne contient pas de calculs. Les lobes latéraux de la prostate, très développés, ont une consistance fibreuse. Dans le sillon qui les sépare, on trouve une tumeur grosse comme une noix ayant une couleur bleuâtre, et dans l'intérieur de laquelle rampent des veines très développées; à sa partie supérieure la muqueuse est enlevée. En avant, du côté de l'urèthre, à la base de la tumeur médiane, existe un point formé par le tissu prostatique, au-dessous duquel se trouve une cavité assez large pour loger une noisette, et tapissée par une muqueuse organisée (c'est, sans doute, un des anciens foyers de l'abcès). Plus en avant, à la place du vérumontanum, on voit une ouverture de 7 à 8 millimètres, communiquant avec une poche placée dans la cloison recto-vésicale, qui contient encore deux pierres entières et des débris de différente grosseur.

DIABÈTE SUCRÉ; ALTÉRATION DE LA SURFACE VENTRICULAIRE ET PLUS PARTICULIÈREMENT DU QUATRIÈME VENTRICULE. — ALTÉRATION DES YEUX. — Observation par M. LANCEREAUX, interne des hôpitaux.

Le nommé L....., âgé de quarante et un ans, journalier, est entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le docteur Marotte, le 19 mai 1859. Né d'un père encore existant et bien portant, il aurait vu mourir sa mère à l'âge de cinquante-cinq ans, après trois ou quatre mois de maladie, d'un cancer de l'utérus. Il est d'une taille et d'une force ordinaires; bien portant jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, il prétend avoir eu à cette époque des accès de fièvre intermittente qui se seraient répétés à l'âge de trente-cinq ans. Un an plus tard il reconnut la maladie dont il est atteint; il rapporte qu'il but de son urine, et qu'il la trouva su-

crée. Depuis lors, il a toujours éprouvé un malaise général. Tout d'abord, il ressentit des douleurs dans la région des reins et dans les articulations; il perdit sa force et son courage; il but jusqu'à 15 et 20 litres de liquide dans les vingt-quatre heures; la bouche devint sèche, pâteuse, la langue noirâtre, veloutée, le goût sucré. L'appétit, d'abord presque nul, augmenta au point que le malade alla jusqu'à manger plus de trois livres de pain dans un jour. Deux ans plus tard, la quantité de boissons ingérée est moins considérable, les forces renaissent, le malade peut reprendre son travail, mais il se casse la jambe, et se trouve obligé de garder le lit durant plusieurs mois; la consolidation fut longue et difficile. Ensuite jusqu'à son entrée à l'hôpital il se met à garder les moutons; mais ses forces se perdent peu à peu, il s'amaigrit et il devient, suivant sa propre expression, semblable à un arbre desséché qui a perdu toute espèce de sève. Il ne transpire plus, sa vue s'affaiblit peu à peu, ses dents se carient et tombent; il voit apparaître quelques furoncles à la suite de l'application d'un vésicatoire. Teinte légèrement brunâtre de la surface cutanée qui persiste encore à la partie interne des cuisses au moment de l'entrée à l'hôpital.

A cette époque (mai 1859), faiblesse générale, amaigrissement déjà très avancé, douleurs dans les jambes et à la région lombaire, soif toujours ardente (le malade boit de 6 à 7 litres de liquide par jour), appétit exagéré. Il n'existe encore aucun signe bien évident de tubercules pulmonaires; ce n'est guère que dans les derniers mois de l'année que la toux survint et que l'oreille put découvrir l'existence de cette affection.

La quantité d'urine recueillie dans les vingt-quatre heures varie de 4 à 5 litres; traitée par la liqueur cupro-potassique, elle donne lieu à une abondante réduction. Le malade est soumis au traitement suivant : eau de Vichy, pilules d'extrait de chélidoine (*chelidonium majus*). Sous l'influence de ce traitement, l'urine, examinée au saccharimètre, a présenté des variations de 80 à 75 grammes par litre, depuis la fin de mai jusqu'au commencement de juillet. Suppression de l'extrait de chélidoine. Traitement arsenical (liqueur de Fowler). La quantité d'urine et de sucre diminue notablement et tombe de 105 grammes par litre à 5 grammes.

10 mai. La quantité d'urine diminue; le saccharimètre accuse une très petite quantité de glycose.

Cette diminution du glycose ne doit pas, ce me semble, être rapportée à l'influence du traitement, mais bien plutôt aux complications et à l'acuité que prenaient tout à coup certains phénomènes, et particulièrement à l'existence d'un état fébrile. C'est ainsi que le 7 mai j'ai noté un malaise plus considérable, un affaissement général, la suppression de l'expectoration; la fièvre qui persista durant plusieurs jours.

Le 30 mai, l'œdème, limité depuis plusieurs jours aux membres inférieurs, gagne le tronc; persistance d'un léger mouvement fébrile.

Le 1er juin, l'urine ne réduit plus la liqueur cupro-potassique.

Le 12, le 15 et le 25, on ne trouve plus aucune trace de sucre. Comme on le voit, à mesure que la maladie progresse et que les viscères s'altèrent, le sucre disparaît.

Du 10 au 15 juin, l'œdème continue de monter; la poitrine et la face sont atteintes; les urines, examinées à plusieurs reprises, ne renferment pas la moindre trace d'albumine. La respiration est très difficile; on entend de nombreux râles au sommet droit. Bruit de souffle doux après le premier temps du cœur.

Du 15 juin au 1er juillet, l'œdème poursuit sa marche envahissante; il gagne le bras droit, procédant peu à peu et de haut en bas, il finit par atteindre la partie moyenne de l'avant-bras. A gauche, il est moins prononcé, le malade se couchant rarement sur ce côté. La respiration devient de plus en plus difficile, les extrémités se refroidissent, la langue se sèche, la salive est visqueuse, il y a de la diarrhée; le pouls est faible, petit (84 pulsations).

Depuis longtemps, le malade s'était aperçu d'un léger affaiblissement de la vue. En janvier 1860, la pupille du côté gauche était déformée; son ouverture, un peu rétrécie, laissait néanmoins apercevoir un fond blanchâtre qui, sans l'altération pupillaire, aurait bien pu être attribuée à l'opacité du cristallin. Cet œil resta rouge durant une grande partie de l'hiver, le cercle iridien était très caractérisé. A droite le fond de l'œil était moins transparent que dans l'état normal. Dans les derniers temps, à l'aide de l'œil droit, le malade pouvait encore lire, tandis qu'il

apercevait à peine les barreaux d'une fenêtre avec son œil gauche. L'infiltration œdémateuse, le marasme, l'épuissement général allant en augmentant et la respiration se faisant toujours plus difficilement, la mort survint le 27 juin 1860.

Autopsie trente heures après la mort. — Œdème généralisé dans tout le tissu cellulaire sous-cutané. Les os de la voûte crânienne sont minces et faciles à briser. Entre les tables, existent de larges aréoles en partie remplies de graisse. Écoulement abondant de sérosité et de sang à l'ouverture de la cavité crânienne; intégrité des méninges; mollesse de la substance encéphalique. La surface extérieure du cerveau est intacte; les cavités des ventricules latéraux sont agrandies; la paroi inférieure de ces ventricules est d'une coloration d'un brun jaunâtre; elle est peu consistante, sa surface se déchire avec la plus grande facilité, et cela même sous l'influence d'un filet d'eau très faible. Les parois du ventricule moyen paraissent également colorées et ramollies, mais ce phénomène est surtout évident pour le quatrième ventricule. On remarque en effet, sur la paroi inférieure de ce dernier légèrement dilaté, outre la teinte brunâtre tirant sur le jaune, de petites ecchymoses disséminées, et une injection avec dilatation très prononcée des capillaires au niveau du *calamus scriptorius*. Molle et friable, la substance grise de la paroi inférieure est comme boursouflée et facilement désagrégée sous l'influence d'un filet d'eau. L'examen comparatif d'un bulbe pris sur un cadavre mort depuis le même temps, permet de constater une différence parfaitement tranchée. A l'examen microscopique, on trouve que les cellules qui font partie de la substance grise au niveau du *calamus scriptorius* sont les unes très volumineuses, que d'autres sont déformées ou en partie détruites; que toutes, enfin, renferment des granulations jaunâtres excessivement nombreuses, et pour la plupart graisseuses.....

Dans l'œil gauche, il existe une couche pseudo-membraneuse très mince, fixée à la face irienne de la cristalloïde antérieure; cette couche est composée de fibres excessivement minces, de noyaux et d'une matière amorphe finement granuleuse. On y trouve en outre quelques granules microscopiques de carbonate de chaux. Les deux cristallins ont chacun une teinte jaunâtre; le gauche est plus petit et comme atrophié.

Le poumon gauche est simplement œdémateux; outre quelques

excavations assez peu considérables au sommet, le droit offre, disséminés dans son étendue, des tubercules jaunâtres, non encore ramollis, du volume d'une lentille ou d'un pois. La cavité du péricarde renferme une petite quantité d'un liquide séreux et jaunâtre; le cœur droit est un peu dilaté, mais sans altération de ses orifices, sans caillots fibrineux dans sa cavité. Il existe un léger épaississement des valvules aortiques.

Légèrement augmenté de volume, le foie a une teinte brune presque uniforme; les points dits de substance jaune ayant en partie disparu. Sur sa face antéro-supérieure, existe une large plaque d'un blanc laiteux, qui se confond avec la capsule de Glisson, très épaissie en ce point. Aucune adhérence de cette plaque laiteuse avec les parties voisines; parenchyme de la rate très ferme. Les reins sont plus colorés qu'à l'état normal; leur teinte est brunâtre; leur surface extérieure peu régulière; leur tissu ferme et résistant. Les éléments cellulaires de ces organes, comme ceux du foie, sont chargés de nombreuses granulations, et particulièrement de granulations graisseuses. On trouve en outre dans le foie un produit d'exsudation amorphe granuleux et fibreux. Cette altération des viscères abdominaux me paraît consécutive, et je lui attribuerais volontiers pour cause la vascularité exagérée de ces organes. Cette même vascularité se rencontre du reste dans tout l'abdomen, car on voit d'abondants capillaires fortement injectés ramper sous le péritoine.

RECHERCHES SUR LA COLORATION BLEUE ET VERTE QU'ON OBSERVE AU VOISINAGE DES PLAIES ET QU'ON A SOUVENT CONFONDUE AVEC LA VÉRITABLE SUPPURATION BLEUE DES AUTEURS, par M. CHALVET, interne des hôpitaux.

La couleur ordinaire du pus de bonne nature est, comme tout le monde le sait, d'un blanc cendré un peu jaune. On l'a comparée avec raison à la flanelle de santé légèrement sale. Cependant il n'est pas rare de voir le pus des suppurations les plus satisfaisantes colorer en jaune d'ocre ou en jaune verdâtre les linges qui en sont imbibés.

Nous sommes tout à fait de l'avis de ceux qui font dériver ces

diverses teintes d'une modification des matières colorantes de la bile et du sérum du sang; rien n'est plus facile à constater. Je n'ai rappelé ce fait que pour signaler le point de départ peut-être des nombreuses dissidences qui règnent encore au sujet d'autres colorations particulières qui ont souvent piqué la curiosité des chirurgiens et des chimistes, je veux parler des colorations bleues et vertes que l'on observe quelquefois sur les linges des pansements de certaines plaies.

Pour mieux faire comprendre où en était la question lorsque j'ai commencé ces quelques recherches, je vais rappeler en peu de mots l'histoire de ce phénomène que les auteurs ont en général décrit sous le nom de *suppuration bleue*.

On a compris dans l'histoire des suppurations bleues les observations de Méry et de Lemery, relatives au développement des champignons *plats* et *blanchâtres* que l'on voit quelquefois apparaître sur les bandes et les attelles qui composent les appareils des fractures (*Dic. des sc. méd.*, art. CHAMPIGNON DES PLAIES). Il est facile de voir que le développement de ces cryptogames n'a rien de commun avec le sujet qui nous occupe. J'en dirai autant des observations d'urines et de sueurs bleues rapportées par M. Simon (*Compte rendu* de Berzelius, 1849) et par M. Duméril (*Arch. de pharmacie*, t. XXXIX, p. 48). Déjà les urines bleues avaient été attribuées par Julia Fontanelle (*Journal de chimie médicale*, 1825), Morgon, Cantin (*Journal de chimie médicale*, 1833) et Dranty (*Journal de chimie médicale*, 1837), à la présence du bleu de Prusse (cyanoferrate ferrique), qui se formerait de toute pièce dans l'économie, ou bien aux dépens des préparations martiales ingérées par les malades.

On a expliqué de la même façon l'origine de certains cas de sueurs bleues. En 1841, la question change complétement de face. Ce ne sont plus des urines bleues que M. Persoz soumet à l'analyse, mais bien des linges imprégnés d'une coloration bleu-verdâtre que M. Nonat lui avait envoyés de l'Hôtel-Dieu.

M. Persoz, voyant sans doute une analogie entre les urines bleues de Julia Fontanelle et autres, n'hésita pas à admettre que cette coloration singulière des linges des pansements était due à la présence du bleu de Prusse, qui prenait naissance par l'action du pus sur la rouille qui se serait trouvée accidentellement dans les com-

presses (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1841, p. 142).

Dans la même séance, M. Dumas rapporte que, dans un cas de brûlure par la potasse concentrée, il vit cette coloration se manifester pendant plusieurs jours, ce qu'il attribue à la formation spontanée d'une certaine quantité d'acide hydrocyanique dans le foyer de suppuration.

L'année suivante (*Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 534), M. Conté fit l'analyse d'une matière bleu-verdâtre fixée sur les linges qui couvraient un cancer du sein. Il combattit l'opinion de MM. Persoz et Dumas en démontrant que ces foyers de suppuration ne produisaient pas d'acide hydrocyanique, et que les linges, trempés dans une solution de sulfate de fer de commerce, prenaient une teinte bleu-noirâtre, lorsqu'on les mettait au contact du pus, tandis que les linges qui ne contenaient que le fer que dépose la lessive des blanchisseuses prenaient une teinte bleu-verdâtre, semblable à celle que présentent les linges qui recouvrent un cancer ulcéré. De là l'origine d'une nouvelle interprétation sur la nature de la suppuration bleue. Nous verrons bientôt que cette opinion doit être abandonnée.

En 1850, un journal allemand (*Gaz. des hôp. civils et militaires*; n° 91, 1850) émit l'idée que la coloration bleue et verte de certaines urines pourrait bien tenir à la présence de l'indigo développé dans l'organisme humain sous l'influence de l'usage de certains végétaux.

Je n'ai pas encore observé d'urine ayant présenté spontanément cette coloration. Il n'est pas très rare d'observer des urines qui se colorent en bleu sous l'influence de l'acide azotique, surtout lorsqu'il renferme de l'acide hypoazotique, ainsi que le fait observer M. Gubler (*Bulletins de la Société de biologie*, 1854); encore dans les cas auxquels je fais allusion, s'agissait-il d'urines de cholériques, renfermant une quantité considérable de matière colorante de la bile. Or, personne n'ignore que les acides concentrés peuvent donner transitoirement du bleu par leur mélange avec la bile, mais cette coloration n'a rien de stable et ne peut à aucun titre être conservée dans l'historique du phénomène qui fait l'objet de cette communication.

Dans le *Dictionnaire* en 30 vol., P.-H. Bérard adopte la critique

de M. Conté, contre MM. Persoz et Dumas, et il ajoute que la coloration bleue des pièces de certains pansements pourrait bien tenir à la formation d'une matière colorante organique. M. Pétrequin, tout en admettant que le sulfure de fer donne quelquefois au pus une couleur verdâtre spéciale, ne se refuse pas à croire que la coloration bleue que l'on observe sur les linges qui entourent les plaies ne puisse avoir la même origine que le bleu du tournesol.

M. le docteur Veiss (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1849), rendant compte de quelques opérations pratiquées par M. Sédillot, rapporte trois cas de suppurations bleues. Je crois utile d'indiquer ici les circonstances où ce phénomène a été observé.

La première observation est celle d'un officier, auquel M. Sédillot fit l'extirpation d'un sarcocèle en 1845. Au moment où les linges s'imbibèrent d'une sérosité *bleu-clair*, la surface de la plaie sécrétait un liquide aqueux, contenant peu de corpuscules de pus. La santé du malade ne fut influencée ni en bien ni en mal par cette apparition insolite.

La deuxième observation est relative à un amputé de cuisse très affaibli. La *suppuration* resta bleue pendant plusieurs jours. Toutes lles pièces du pansement en étaient imprégnées. La marche de la ésion ne présenta rien de particulier.

La troisième observation se rapporte à une malade opérée d'un cancer du sein et de l'aisselle. L'appareil fut coloré en bleu pendant un certain temps, sans que l'état général se trouvât modifié.

M. Veiss fait remarquer ensuite que ce phénomène a été observé chez des malades qui portaient des affections très diverses et qui différaient beaucoup par l'âge, puisqu'ils étaient compris entre vingt-cinq et quarante-quatre ans.

Ces suppurations bleues n'ont été observées ni au commencement ni à la fin de la suppuration de la plaie. Nous verrons que cette remarque a bien son degré d'importance.

M. Veiss déclare ignorer complétement les conditions étiologiques d'un pareil phénomène.

En 1850, M. Sédillot, dans un mémoire inséré aux *Bulletins de la Société de biologie*, ajouta six nouveaux cas à ceux déjà publiés par M. Veiss, et précisa mieux que ses devanciers les conditions de développement de la suppuration bleue.

Le travail de ce professeur résume en même temps l'état de la question à cette époque.

D'après les recherches de M. le professeur Fée, M. Sédillot rejette l'idée de la production d'un champignon qu'on avait appelé *Agaricus nosocomiorum* (champignon des plaies).

Finalement, M. Sédillot attribue cette coloration à une réaction toute chimique qui se passe dans la sérosité du pus et de la lymphe sécrétée par la plaie.

Voici l'ensemble des faits qui ont conduit M. Sédillot à cette conclusion :

Ayant observé la coloration bleue dans les cas les plus opposés, sans que le pronostic ait été aggravé pour cela, M. Sédillot pensa avec raison que cette coloration se produisait autour de la plaie, mais que les surfaces suppurantes n'entraient pour rien dans son développement.

Après avoir réfléchi aux circonstances au milieu desquelles on l'observe le plus communément, il ne tarda pas à s'apercevoir que les malades chez lesquels on avait observé ces colorations avaient en général été traités par des fomentations émollientes, et que c'étaient les pièces du pansement les plus éloignées de la plaie qui étaient surtout colorées. De plus, il remarqua que l'intensité de la coloration n'était pas en rapport avec l'abondance du pus sécrété.

Pour vérifier par l'expérience l'exactitude de ses propositions, M. Sédillot imbiba successivement des compresses avec de la sérosité du pus, du sang. Puis il appliqua ces compresses mouillées sur la peau des parties enflammées (des articulations affectées d'ostéite aiguë), en ayant soin de recouvrir le tout avec du taffetas gommé, afin d'empêcher l'évaporation. Au bout de cinq jours le linge fut coloré par une substance bleue, jouissant des mêmes propriétés que celle qui porte le nom de suppuration bleue et verte, c'est-à-dire qu'elle était soluble dans l'eau, qu'elle prenait une teinte pelure d'oignon sous l'influence des acides, tandis que l'ammoniaque lui restituait sa couleur primitive.

Les mêmes expériences furent reprises par MM. Roucher et Hepp (*Bull. de la Société de biologie*, 1850, p. 80), qui obtinrent les mêmes résultats, en conservant des linges imbibés du même liquide sous des cloches dont la température était maintenue entre 26 et 30 degrés de chaleur.

M. Roucher, après avoir établi l'identité des deux matières bleues et vertes, développées sur les pièces des pansements et sur les linges de ses expériences, reconnaît à cette matière des propriétés qui s'accordent on ne peut mieux avec ce que nous avions constaté avant même de connaître les travaux de ces auteurs.

Ainsi, cette matière colorante est parfaitement soluble dans l'eau à la température ordinaire; son résidu après l'évaporation, colore encore assez bien l'alcool, l'éther et le chloroforme Elle résiste aux acides qui la font passer au rose pâle; les solutions alcalines la ramènent à sa coloration bleu-verdâtre initiale.

M. Roucher s'appuie, du reste, sur cette propriété commune à la couleur bleue du tournesol, pour ne pas partager exclusivement l'opinion de M. Sédillot, et *soupçonner* pour cette matière colorante une origine végétale.

A l'examen microscopique, MM. Roucher et Hepp ont constaté dans la solution de cette substance des corpuscules arrondis, assez semblables aux *granules purulents*, avec cette différence, que ces granules résistent à l'action des acides énergiques.

Disons ici par anticipation, que ces granules sont pour nous de nature végétale, qu'ils sont susceptibles de germer à leur façon et de se transformer en une série d'algues microscopiques dont les conditions d'existence et de reproduction sont encore mal définies.

MM. Ch. Robin et E. Verdeil, qui publiaient alors leur grand ouvrage (*Chimie anat.*, etc., t. III, p. 532 et 534), rejetèrent la manière de voir de M. Sédillot et de M. Roucher.

M. Verdeil déclara que la matière colorante de la bile présente les mêmes particularités de changement de coloration sous l'influence des réactifs, et M. Robin vit dans ces analogies une raison suffisante pour admettre une identité d'origine entre ces diverses matières colorantes.

Pour ne pas revenir sur cette opinion, nous dirons ici que nous ne comprenons pas que quelques vagues analogies entre certaines propriétés chimiques de ces matières colorantes suffisent pour autoriser un rapprochement absolu entre la *matière bleue et verte des linges qui recouvrent certaines plaies et la biliverdine modifiée.*

Cependant nous aimons mieux croire à l'existence de sources multiples pour ces colorations anormales, que de penser que des

hommes aussi compétents que ceux que nous venons de citer aient pu se tromper à ce point, et émettre des idées si différentes.

M. Robin ne suit pas toujours le même ordre d'idée, pour expliquer le mode de production du pus bleu. Dans une autre direction, se fondant sur les travaux de M. Conté, il admet aussi que le pus fétide ne donne pas naissance à de l'acide cyanhydrique. Cependant il ajoute que ces colorations ne s'observent que sur les plaies qui produisent du pus fétide, et que les plaies récentes n'en donnent pas.

Il est vrai que l'on n'a pas encore publié d'observation de pus bleu fourni par des plaies récentes, mais il est très exagéré de dire que les plaies fétides ont seules le privilége d'engendrer ce phénomène, puisque dans certains cas, et j'en possède une observation, les surfaces ulcérées ne laissaient exsuder qu'une sérosité inodore, ne tenant en suspension que quelques rares corpuscules de pus.

S'appuyant d'abord sur ce fait qu'une faible solution de sulfate de fer mêlée à une petite quantité de blanc ou de blanc jaunâtre, produit une coloration plus ou moins verte par simple mélange, puis sur cet autre fait, que le pus fétide renferme de l'hydrogène sulfuré ou du sulfhydrate d'ammoniaque, M. Robin conclut qu'il se forme en pareil cas du sulfure de fer sur les compresses renfermant des sels ferriques, et il en fait la source des colorations variées que l'on observe sur les linges des pansements.

Il est incontestable que ces réactions peuvent avoir lieu et colorer diversement le pus, mais nous pensons que les teintes infinies que l'on rencontre sur les compresses souillées de pus n'entrent nullement dans la question de la suppuration bleue proprement dite; c'est-à-dire de cette production si spéciale qui frappe d'étonnement ceux qui l'observent pour la première fois.

Dans sa thèse inaugurale soutenue en 1854, M. Delore conclut, avec les travaux de M. Coutaret, que cette coloration est due à une modification de l'hématine pour les mêmes raisons que M. Robin l'avait attribuée à une modification de la biliverdine.

M. Coutaret s'efforce de démontrer que les deux couleurs bleue et verte sont produites par une seule et même substance. Pour cette démonstration, M. Coutaret procède ainsi : il dissout à froid dans de l'eau distillée la matière colorante extraite des linges; il ajoute un peu d'alcool, et jette sur un filtre; puis, faisant évapo-

rer la liqueur mixte pour chasser l'alcool. Il agite le résidu dans du chloroforme, afin d'entraîner la matière colorante, qui reste à l'état de poussière au fond du vase lorsqu'on fait évaporer de nouveau le chloroforme. Alors cette matière dissoute dans l'éther est verte, tandis qu'elle est bleue si on la redissout dans l'eau. Je dois dire tout de suite, pour ne pas avoir à y revenir, que j'ai constaté le même phénomène dans mes recherches, mais je ne l'ai pas interprété de la même façon.

La solution de cette substance colorante dans un liquide alcalin ou parfaitement neutre, comme l'eau distillée, donne une liqueur bleu-verdâtre avec prédominance du bleu. Si, au contraire, la liqueur est légèrement acide, et c'est la condition ordinaire de l'éther des laboratoires, la partie bleue passe au rose tendre, qui se décolore progressivement sous l'influence de la lumière, et alors le vert donne seul sa nuance à la solution. C'est ainsi, je présume, que l'on a pu voir la matière en question bleue dans l'eau et verte dans l'éther.

Je ne prétends pas dire que ces colorations n'aient pas une provenance de même nature, bien loin de là; j'ai des raisons pour croire que la matière bleue est une modification de la matière verte, au même titre que le bleu du tournesol est une modification de la matière colorante de certains lichens. Mais un fait qui ne me paraît plus contestable c'est l'impossibilité de ramener au vert le bleu, que je considère comme son dérivé. J'avoue que je n'ai pas la moindre notion sur le mécanisme de cette transformation. On ne saurait voir intervenir une action semblable à celle que l'on provoque dans l'industrie pour la fabrication du bleu de tournesol, puisque les milieux dans lesquels se développe la coloration bleue et verte des linges m'ont constamment présenté une réaction neutre ou légèrement acide.

Dans la séance du 22 septembre 1853, il fut communiqué à la Société de biologie une note sur la suppuration bleue, au nom de M. Hiffelsheim. Dans ses conclusions, dont quelques-unes ne sont pas absolument conformes à ce que nous avons observé, M. Hiffelsheim attribue cette coloration bleue à la présence d'un principe immédiat.

Pour compléter ces indications bibliographiques, je citerai une note que M. Bergouhnioux fit insérer dans les *Bulletins de la So-*

ciété de biologie (1858, p. 141). L'auteur de cette note avait déjà pris rang de date dans la GAZETTE DES HÔPITAUX de la même année, pensant avoir indiqué le premier que la matière colorante du pus était une modification de la matière colorante de la bile.

Je n'ai pas besoin d'insister sur cette prétention de priorité. Nous sommes convaincu, cependant, que les recherches de M. Bergouhnioux sont exactes, et qu'il a observé le même phénomène de coloration, sans doute, que ceux étudiés par MM. Ch. Robin et Verdeil; mais nous avons la conviction que ces cas sont les moins fréquents, et que le plus souvent les matières colorantes, soit de la bile, soit du sang, sont complétement étrangères à la manifestation de ce produit.

Depuis cette époque on n'a rien publié sur cette question. Nos maîtres, dans les hôpitaux, ont souvent attiré l'attention de leurs élèves sur ce phénomène; mais aucun d'eux, que je sache, n'a émis d'opinion personnelle sur ce sujet.

On voit par ce sommaire historique que trois opinions principales ont successivement régné sur l'origine de la suppuration bleue et verte des auteurs. Dans la première, qui est la plus ancienne, elle serait due à la présence d'un sel de fer; dans la deuxième, à une modification de la biliverdine, de l'hématine ou de la sérosité; dans la troisième, enfin, on suppose à cette coloration une origine végétale sans préciser davantage son mode de production.

Ces diverses opinions ont été formulées par des hommes trop compétents en pareille matière pour qu'il nous soit permis de critiquer le résultat de leurs analyses. Tout ce que nous pouvons dire c'est que les six cas où nous avons constaté une abondante production de bleu et de vert dans les appareils de pansement, nous semblent incontestablement se rapporter à une végétation parasitaire.

Il est indispensable que nous donnions ici un résumé de nos observations avant de formuler notre manière de voir sur cette question.

J'ai observé le premier cas de suppuration bleue dans le service de M. Becquerel, à l'hôpital de la Pitié, en avril de l'année 1857.

Il y avait alors au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève une phthisique très avancée à laquelle il fut jugé nécessaire d'appliquer un

vésicatoire volant entre les deux épaules. Ce vésicatoire suppura beaucoup. Vers la fin, les pièces du pansement étaient traversées par une abondante suppuration séreuse. Ce fut alors que les linges se couvrirent de larges taches bleues et vertes, qui se reproduisirent jusqu'à ce que l'on modifiât la sécrétion séro-purulente par des applications de poudre d'amidon. Dans cette circonstance, M. Becquerel nous rappela ce qu'on avait écrit sur ce singulier phénomène sans émettre d'idée personnelle.

Nous avons rencontré le deuxième cas dans le service de M. Desprès, à l'hospice de Bicêtre, en mai 1859. Vers le milieu de la période de cicatrisation du moignon d'un amputé de la jambe, nous observâmes pendant plusieurs jours une production de matière verdâtre qui s'étalait sur les compresses en taches plus ou moins étendues. Examinée au microscope, cette coloration me sembla due à la présence de granulations infiniment petites, qui résistaient à l'action de l'acide chlorhydrique. Cette propriété me fit soupçonner une origine végétale à cette matière colorante, qu'on aurait pu qualifier de suppuration verte. Je dois dire que cette matière ne fut jamais associée au bleu, et qu'à ce moment on appliquait des compresses trempées dans l'eau fraîche sur les lèvres de la plaie.

Les quatre observations qui suivent sont prises dans le service de M. Guersant. On s'étonnera de l'enchaînement fort remarquable qu'a présenté la manifestation de ce phénomène.

Le premier cas se rapporte à un jeune homme de douze ans couché au n° 22 de la salle Saint-Côme depuis le 27 décembre 1859. Ce malade porte une brûlure profonde qui occupe le membre pelvien depuis les malléoles jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Cette vaste plaie est le résultat de l'immersion du membre dans un baquet de lessive. Le traitement a surtout consisté dans l'application de poudres d'amidon, de quinquina, de tannin diversement mélangées.

La cicatrisation a présenté des alternatives de bien et de moins bien sur lesquelles je n'ai pas à insister.

Quoi qu'il en soit, vers le 15 du mois de mars la plaie offrait une assez mauvaise teinte. Sa suppuration était séreuse, et mouillait au loin le pansement. Déjà depuis deux jours on avait remarqué çà et là quelques taches bleues et vertes. Le 18, M. Verneuil,

qui remplaçait alors M. Guersant, substitua au pansement simple des applications de compresses trempées souvent dans l'eau, d'après la méthode anglaise. Le lendemain de ce pansement nouveau, la majeure partie des linges qu'on avait arrosés sur place étaient littéralement teints en bleu et en vert. Le bleu cependant dominait de beaucoup, et le vert circonscrivait souvent de vastes plaques bleues.

Pendant deux jours cette production insolite fut très abondante.

En étudiant avec soin la surface de la plaie, il nous a été facile de voir que le pus qui venait d'être sécrété ne présentait aucune teinte anormale. On constate en même temps que cette coloration n'est pas uniforme, qu'elle est disposée par îlots isolés, et que de là elle s'étend en surface, comme le ferait une accumulation de matière colorante que l'humidité viendrait à dissoudre.

Sur les points où l'épiderme est coloré par hasard, il est facile de s'assurer que c'est le linge qui a déteint sur les parties circonvoisines.

Ces particularités et d'autres plus significatives encore, sur lesquelles je reviendrai, nous conduisirent à penser que cette coloration singulière ressemblait plutôt à une production cryptogamique qu'à cette suppuration bleue et verte admise par les chimistes.

M. Verneuil nous ayant fait observer que ceux qui se sont occupés des suppurations colorées ont, en général, trop peu tenu compte des conditions du développement de ce phénomène pour s'en rapporter exclusivement à l'analyse chimique, nous avons cherché, dès lors, à vérifier ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans l'opinion qui nous paraissait le plus en rapport avec les faits.

Partant de l'idée d'une production végétale parasitaire, M. Verneuil prescrivit le 20 mars l'application topique d'un liquide composé d'une émulsion de quelques gouttes d'essence de térébenthine dans 500 grammes d'eau, avec addition de 15 grammes de sulfate de zinc.

Une seule application de ce liquide balsamique et astringent fit disparaître toute coloration bleue et verte. La surface ulcérée prit rapidement une teinte plus vive sous l'influence de ce même liquide. Nous avions eu soin de conserver les linges tachés de bleu et de vert pour des recherches ultérieures.

Le 9 avril la plaie était sèche, et avait une tendance à l'irrita-

tion. M. Verneuil suspendit les applications *parasiticides*, et les fit remplacer par l'application d'un linge huilé.

Le lendemain de cette substitution de topiques, je découvris une tache bleu-verdâtre au niveau d'une ulcération sus-malléolaire qui n'avait pas été couverte par le linge huilé. Je ne manquai pas de continuer l'expérience sur ce point, où je fis de nouveau des applications d'eau froide.

Bien que la suppuration fût peu abondante en cet endroit, où la cicatrisation tendait à se faire, la récolte du bleu et du vert fut abondante pendant trois jours. Au bout de ce temps, on réappliqua la solution balsamique, et la coloration anormale disparut du jour au lendemain.

Par intervalle nous avons vu apparaître quelques rares taches colorées au niveau des points en voie de cicatrisation, toujours là où s'épanchait beaucoup de sérosité et où le sulfate de zinc n'était pas directement appliqué.

Lorsque ces phénomènes de coloration eurent cessé à la salle Saint-Côme, je transportai à la salle Sainte-Pauline de la charpie et des compresses teintes que je tenais sous verre et à l'humidité. J'avais placé ces objets dans le sable du calorifère, et je faisais là des recherches diverses depuis une dizaine de jours, lorsque, à ma grande surprise, une malade couchée tout près du calorifère, et à laquelle M. Verneuil avait pratiqué la résection du coude trois semaines auparavant, présenta les mêmes phénomènes de productions colorantes que le malade précédent. L'état général n'offrait rien de spécial à l'époque de cette manifestation; le mieux qui s'était manifesté après l'opération ne se démentait pas, les bords de la plaie chirurgicale commençaient à se cicatriser; mais comme pour l'autre malade, nous pansions la plaie avec des compresses trempées dans l'eau fraîche. Dans ce cas, il nous fut aisé de faire une nouvelle provision de matière colorante pour continuer nos recherches.

La solution balsamique nous donna ici les mêmes résultats qu'à la salle Saint-Côme, c'est-à-dire que la coloration bleue et verte cessa de se développer sous son influence pour se manifester de nouveau lorsqu'on la remplaçait par l'eau simple.

Le 25 du même mois, c'est-à-dire trois jours après la cessation du phénomène chez le n° 26, une petite fille de sept ans, couchée

au n° 22 de la même salle, offrit la même coloration bleue et verte dans la charpie et la compresse qui recouvraient une fistule parotidienne. Cette fistule avait été cautérisée vingt et un jours auparavant par le cautère électrique. A ce moment, le trajet fistuleux était rempli par des bourgeons charnus qui sécrétaient de la lymphe assez pour traverser les linges du pansement, et la salive ne sortait plus par la fistule, même pendant la mastication. Ici, comme dans les autres cas, les linges colorés étaient neutres au papier de tournesol.

La coloration cessa spontanément de se produire vers le quatrième jour de son apparition.

Le 27 avril, la voisine de gauche du n° 26, petite fille âgée de trois ans, portant au coude une plaie ancienne qui commençait à se cicatriser, donna aussi, pendant deux jours, du bleu et du vert. On pansait alors avec du digestif. Là s'arrêta cette étrange épidémie.

Dans tous ces cas, la matière colorante a présenté les mêmes propriétés physiques et chimiques.

Bien qu'il y eût alors dans les salles d'autres foyers de suppuration, quatre malades seulement ont offert cette particularité. Ces quatre malades portaient tous des plaies anciennes en plein travail de réparation. Ils produisaient, par conséquent, beaucoup de lymphe plastique, ayant perdu par son imbibition dans les linges son alcalinité par un commencement d'*acidification*. Le milieu était donc favorable au développement de ces végétations microscopiques que l'on voit se développer si rapidement dans les liquides albumineux.

En observant ces phénomènes cliniques, nous avons étudié parallèlement les principales propriétés de cette matière colorante. Nous avons constaté, comme tout le monde, qu'elle est très soluble dans l'eau, beaucoup moins dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Tant qu'elle reste neutre et alcaline, elle conserve la coloration qu'elle présente sur les linges des pansements; mais dès qu'on l'acidifie ou qu'elle s'acidifie spontanément, elle prend une teinte pelure d'oignon qui rappelle absolument l'action des acides sur la couleur bleue du tournesol.

La même solution rougie par un acide quelconque est ramenée au bleu par les alcalis. D'après ces faits, MM. Roucher et Hepp croient cette substance de nature végétale.

Elle jouit de propriétés colorantes assez considérables ; il suffit d'une petite pièce de linge colorée pour foncer en couleur par le lavage une certaine quantité d'eau.

Elle est assez stable, beaucoup moins cependant que la matière colorante de la bile, et résiste aux acides forts qui ne la détruisent pas (Roucher).

Ces mêmes acides changent de coloration, mais ne troublent pas sa solution, preuve pour M. Roucher que cette matière n'est probablement pas de nature animale, et qu'il n'entre pas de substance albuminoïde dans sa constitution.

Exposés à la lumière solaire, les linges qui en sont imprégnés ne se décolorent qu'incomplétement. La solution alcoolique n'est influencée par les acides que lorsqu'on en verse en excès.

Je ne l'ai jamais vue passer au jaune brun sous l'influence des acides, ainsi que l'a observé M. Hiffelsheim. Cette dernière réaction ne se produit que lorsqu'on prend la solution filtrée du pus jaune-verdâtre des plaies ordinaires. Cette réaction de la couleur du pus ne doit pas être confondue avec celles de la matière colorante que nous étudions en ce moment.

Pour obtenir une solution de cette dernière, dégagée le plus possible de toute substance étrangère, nous avons eu soin de ne prendre que les morceaux de linge parfaitement colorés en bleu et en vert. Puis, nous les avons préalablement soumis à un filet d'eau sans malaxer. Par cette opération le pus et les grains de poussière sont entraînés ; le lavage complet donne ensuite une teinture qui ne renferme que la matière colorante. C'est en opérant sur des solutions ainsi épurées que nous avons obtenu des réactions si constantes.

M. O. Reveil, que je ne puis assez remercier de la bienveillance avec laquelle il m'a fourni tous les renseignements nécessaires, a bien voulu vérifier par lui-même le point le plus délicat de ces recherches. Ainsi il a vainement tenté de produire des laques avec la matière colorante fournie par nos plaies. Puis il s'est assuré que non-seulement cette coloration n'est point due à la présence d'un sel de fer, mais encore que ce métal n'entre pas dans sa composition comme on l'a constaté pour les matières colorantes du sang et de la bile.

Ces caractères chimiques suffiraient à eux seuls pour isoler com-

plétement cette matière de la variété de pus bleu analysé par M. Ch. Robin. Ce savant a toujours trouvé du fer dans les cas qu'il a eu l'occasion d'examiner. Or, d'après sa théorie sur l'origine des matières colorantes de l'économie (1), il est arrivé forcément à voir dans ce phénomène de coloration une simple modification de la biliverdine. La bile peut, en effet, donner naissance à une matière bleue qui tache le linge à la manière du pus coloré. Il suffit pour cela de traiter de la bile étendue d'eau distillée et filtrée, par quelques gouttes d'acide chlorhydrique affaibli. Bientôt le liquide prend une belle coloration verte qui se décompose en deux couches superposées par l'addition d'un peu d'éther.

La couche supérieure est bleue et l'inférieure d'un jaune orange. Si l'on isole la couche supérieure avec une pipette, on obtient une solution bleue qui jouit de propriétés diamétralement opposées à celles que nous a fournies la matière colorante que nous avons observée.

Si nous étudions la bile en masse, nous trouvons la même inversion dans les propriétés. Ainsi, pour n'en citer que quelques-unes, lorsqu'on met dans un tube une solution de matière colorante de la bile, un acide très étendu ne modifie pas sa coloration, tandis qu'elle transforme immédiatement celle que nous avons trouvée sur les linges de nos plaies.

L'ammoniaque fait passer la matière colorante de la bile au rouge orange, en l'altérant; nous avons vu que ce même réactif fait ressortir davantage la coloration verte et bleue de nos plaies sans l'altérer aucunement.

Afin de bien m'assurer que les éléments de cette coloration anormale ne sont pas renfermés dans le pus que fournit la même plaie, j'ai pris sur le même linge, à quelques millimètres de distance seulement, des morceaux de linge colorés en bleu et des morceaux colorés en jaune-verdâtre par le pus. Ces deux substances, dissoutes dans l'eau et filtrées avec le même soin, n'ont présenté aucune identité de réaction et se sont montrées aussi différentes que la matière colorante de la bile et la matière bleue en question.

Pour appuyer sur une démonstration rigoureuse la vérité de

(1) Ces diverses matières colorantes dériveraient les unes des autres par simple catalyse isomérique.

l'opinion que j'ai cherché d'abord à établir par exclusion, je n'ai plus qu'à faire connaître les résultats que j'ai obtenus par le mode d'investigation qui convient seul à l'étude des cryptogames inférieurs, l'examen microscopique. Je dois dire de suite que c'est dans la matière verte qu'il faut chercher les granules spéciaux qui décèlent la présence du cryptogame. La matière bleue se dissout dans le liquide qu'elle colore au point d'être imperceptible aux plus forts grossissements.

Quant aux granules de la matière verte, on ne peut bien les étudier qu'avec des grossissements compris entre 500 et 1000 diamètres. Le volume de ces petits corps ou spermaties varie primitivement de 0,0005 à 0,0007. Mais ces dimensions ne sont pas persistantes, ces corpuscules étant susceptibles de s'accroître et d'atteindre assez rapidement le volume d'un sporule ordinaire: puis on les voit se déformer, les uns à la manière des corpuscules du ferment, d'autres s'étalent en plaques par leur soudure et leur fusion successive.

Sur quelques points, on voit apparaître des filaments confervoïdes d'une ténuité extrême.

Pour assister à ces métamorphoses, il faut tenir ces granulations dans l'humidité et à une température assez élevée pour tiédir l'eau.

Après bien des essais, je me suis arrêté au procédé suivant pour favoriser cette germination : je prends un brin de charpie verte, je la place dans un petit tube de verre et je l'imbibe avec une solution faiblement albumineuse; puis j'ai soin de conserver toujours le petit tube dans la poche ou de l'exposer à la chaleur constante d'un calorifère, afin de mettre ces germes dans une température convenable pour leur développement.

Alors on ne tarde pas à remarquer, en général, que le brin de charpie se fonce en couleur. Puis, à mesure que le liquide albumineux s'acidifie, la charpie devient rouge; mais je n'ai pas encore pu obtenir artificiellement le bleu intense qui se développe spontanément au voisinage des plaies. Je suis actuellement convaincu que la coloration verte que j'ai observée est le résultat du développement, dans les linges imbibés de sérosité, d'une algue inférieure du genre *Palmella*, et que le bleu procède du vert par une modification analogue à celle que subissent les algues primitivement

vertes, qui colorent ensuite en rouge les eaux de certains bras de mer.

Je ne connais pas de faits de coloration bleue résultant d'une décomposition spéciale des granulations vertes d'algues microscopiques; cependant des observations rapportées par M. Coquerel (*Société de biologie*, 1854), chirurgien de la marine impériale, et des indications bibliographiques données par le même auteur, tendraient à nous faire croire que la mer Bleue pourrait bien devoir son nom à la manifestation d'un phénomène de la nature de celui qui colore les eaux de la mer Rouge, des mers de la Chine et de Madagascar.

En ne considérant que leur mode d'envahissement et les circonstances spéciales qui les entourent, la plupart, je ne dis pas tous, des phénomènes de coloration attribués à une suppuration bleue et verte nous paraissent ne pouvoir être rapportés qu'à une végétation.

Dans les expériences, si faciles à répéter, de M. Sédillot, nous avons vu ces colorations se développer sur les plaies et loin des plaies, avec les mêmes caractères physiques et chimiques. Les choses se passeront ainsi toutes les fois que l'on opérera avec un liquide légèrement albumineux, non alcalin, et que l'on se placera dans des conditions de température convenables.

Si les colorations diverses sont plus lentes à se produire dans les expériences qu'au voisinage de certaines plaies, c'est que le milieu, le *sol*, si je puis m'exprimer ainsi, n'est pas également favorable à ces sortes de germinations.

Tout le monde sait, du reste, que les cryptogames inférieurs se développent avec une rapidité qui tient du prodige et qu'ils présentent dans leur régénération des particularités aussi variables que différentes, dépendant des conditions dans lesquelles ils se trouvent placés. Il nous paraît donc plus rationnel et plus conforme à l'observation d'attribuer ces colorations à la présence d'un cryptogame dans le plus grand nombre des cas, plutôt que de chercher à les expliquer toujours par des réactions chimiques qui sont souvent invraisemblables, même en forçant les analogies.

Comment expliquer, en effet, ces apparitions et ces disparitions brusques et capricieuses de la suppuration bleue? Comment se rendre compte de ces intermittences que vient parfois interrompre

une série de cas observés aux mêmes époques et en divers endroits?

Dans un travail sur le même sujet, publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON (numéro du 1er juin 1860), au moment où nous terminions ces recherches, M. Delore, soutenant la même opinion qu'en 1854, déclare qu'il n'avait pas rencontré un seul cas de suppuration bleue depuis plusieurs années, lorsqu'il lui a été donné d'observer ce phénomène chez cinq malades en peu de temps (1).

Je crois pouvoir dire que le printemps qui vient de finir a été fécond en suppurations bleues et vertes. On en a observé plusieurs cas à l'hôpital de la Pitié à la même époque que nous à l'hôpital des Enfants; c'est dire que nous ajoutons une certaine importance à ce qu'on ait soin à l'avenir de signaler exactement la date et l'enchaînement de ces productions singulières; l'histoire naturelle y gagnera sans doute quelque chose.

Nous sommes d'autant plus porté à exprimer ce *desideratum* pour les faits déjà publiés, que les travaux récents sur la cryptogamie, les recherches si belles de M. Montagne surtout, prouvent d'une manière positive que certaines variétés d'algues ne sont peu connues que parce qu'elles ne tombent que exceptionnellement sous les yeux des observateurs spécialistes. On peut citer à l'appui de cette vérité l'histoire de la découverte en France du *Palmella prodigiosa*, observé scientifiquement pour la première fois, en 1854, par M. Montagne dans une circonstance fort curieuse que ce savant naturaliste a consignée dans les *Bulletins de la Société de biologie* de la même année. Déjà Sette (de Padoue) avait décrit le même végétal sous le nom barbare de *Zoogalactina imetrapha*, et M. Ehrenberg (de Berlin) sous celui de *Monas prodigiosa*. Ces deux savants avaient donc considéré ces granulations infiniment petites comme des animalcules, et M. Ehrenberg leur a décrit même un énorme suçoir qui ressemble exactement aux premiers rudiments

(1) Je mets à part le cas de suppuration bleue de l'obs. V, qui, d'après la rédaction de M. Delore, n'aurait fourni que du *bleu* sans être accompagné de *vert*. Ce cas me paraît rentrer complétement dans l'histoire de ceux où la coloration anormale du pus serait le résultat d'une modification des principes colorants de l'économie. Mais je doute fort que ce bleu qui s'est produit pendant un an sans interruption ait présenté les mêmes réactions que le bleu que nous avons observé.

de végétation que nous avons observés dans les granules infiniment petits de notre matière verte.

M. Montagne vit dans le *Monas prodigiosa* d'Ehrenberg une analogie si grande avec le *Palmella cruenta* que l'on rencontre au bas des murs humides qu'il proposa de classer les granulations qui colorent en rouge les hosties et les autres substances alimentaires, le riz par exemple, parmi les parasites végétaux, et en fit le *Palmella prodigiosa*. Un observateur plus autorisé que nous aurait peut-être par analogie vu dans les granulations vertes susceptibles de se transformer en bleu une sorte de *Palmella cœrulea*.

Conclusions. — 1° Il me paraît nécessaire de reconnaître des origines différentes à la suppuration bleue des auteurs. Ces différences d'origine expliqueraient la divergence d'opinion de ceux qui l'ont étudiée.

2° Ces productions bleues et vertes qui se développent si rapidement sur les appareils des pansements, dans certaines conditions d'ancienneté et d'humidité des plaies, me paraissent tenir à la présence d'une algue microscopique du genre *Palmella*. Ce végétal, primitivement vert, produirait une coloration bleue sous certaines influences qui nous sont inconnues et une température déterminée ; mais il se passerait là un phénomène analogue à celui qu'on observe pour les autres algues colorées qui sont vertes dès le principe.

3° Comme la plupart de ceux qui ont étudié la même question, nous sommes resté convaincu devant les faits que ce phénomène n'a pas de signification au point de vue du pronostic.

Pour compléter autant que possible les indications bibliographiques, je dois citer ici les deux communications qui ont été faites à l'Académie des sciences depuis la rédaction de mes recherches.

Dans sa communication du 6 août, M. Fordos rappelle qu'il a depuis plusieurs années proposé de donner le nom de *pyocyanine* à la matière colorante des suppurations bleues.

Depuis M. Fordos est parvenu à isoler cette substance, qu'il considère comme une base organique pouvant produire avec les acides des combinaisons rouges. Ce chimiste reconnaît, du reste,

que sa pyocyanine diffère complétement de la *biliverdine* et de la *cyanourine*.

Après cette publication, M. Delore s'est empressé d'informer l'Académie (séance du 20 août) qu'il avait songé aussi depuis longtemps à donner un nom à la matière bleue du pus. Il persiste à la faire *dériver de l'hématine*, et a choisi pour la désigner le mot de *cyanopyine!*

Les recherches de M. Fordos nous prouvent une fois de plus que cette substance jouit des principales propriétés des couleurs organiques de nature végétale.

XXXVe ANNÉE. — JUILLET 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tumeur du vagin. — 2. Testicule tuberculeux. — 3. Adhérence complète des deux feuillets du péricarde avec incrustation calcaire. — 4. Calcul vésical. — 5. Calcul vésical. — 6. Corps étranger de la vessie. — 7. Hernie crurale étranglée. — 8. Tumeur du doigt médius. — 9. Tumeur hypertrophique du sein. — 10. Rupture de la portion bulbeuse de l'urèthre. — 11. Tumeur mammaire. — 12. Encéphaloïde du testicule à l'état de crudité. — 13. Large esquille de l'os frontal. — 14. Fracture du crâne avec lésion de l'artère sphéno-épineuse. — 15. Mal de Pott, examen microscopique de la moelle.

OBSERVATIONS. — Fracture du cartilage thyroïde ; emphysème traumatique du cou ; mort six heures après l'accident, autopsie par M. LANDETA, interne des hôpitaux.

Cancer bilatéral des testicules. Énorme masse encéphaloïde dans l'abdomen ; noyau cancéreux dans le corps même de la glande. Observation recueillie par M. DELAUNAY, interne des hôpitaux.

Tumeur blanche du genou. Ostéomyélite suppurée du fémur. Amputation de la cuisse ; mort. Observation par M. CHALVET, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Parmentier* met sous les yeux de la Société le dessin d'une *tumeur du vagin*, enlevée par M. Demarquay, à la Maison municipale de santé, chez une femme de quarante ans. Cette tumeur était située à l'orifice vulvaire, à 1 centimètre en arrière du méat urinaire, en rapport avec la paroi postérieure du canal de l'urèthre. Au premier abord, on eût dit un cystocèle, mais on reconnut bientôt qu'il ne s'agissait pas d'une hernie de la vessie ; car, en introduisant une sonde dans le réservoir urinaire, il était impossible, quelques manœuvres variées que l'on fît, de la sentir à travers les parois de la tumeur. Une certaine sensation de fluctuation, la fréquence relative des collections liquides décrites par M. Huguier, firent croire que l'on avait affaire à un kyste.

Une ponction fut faite avec un trocart explorateur, mais elle ne donna issue qu'à du sang, et l'on vit alors qu'il s'agissait d'une tumeur solide. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la tumeur, qui fut aisément énuclée avec les doigts. A la partie postérieure, une sorte de trousseau fibreux, qui retenait la tumeur, fut coupé avec des ciseaux. En pratiquant une coupe médiane de la tumeur, on a constaté qu'elle était formée par des fibres d'un rouge pâle étroitement feutrées; en la tiraillant, on voyait, à l'œil nu, qu'elle était composée de faisceaux de fibres qui ressemblent parfaitement à la tunique musculeuse de l'intestin dépouillé de péritoine. Le tissu de cette tumeur est gris-rosé, d'une teinte pâle, à consistance molle, mais élastique et nullement friable.

L'examen microscopique fait par M. Dufour a donné les résultats suivants :

1° Des fibrilles de tissu connectif réunies en faisceaux ondulés comme des cheveux;

2° Des vaisseaux capillaires en assez grand nombre;

3° Enfin, comme élément le plus important par son étendue et parce qu'il forme à lui seul la plus grande partie de la tumeur, des faisceaux de fibres musculaires lisses ou fibres-cellules. Leurs caractères sont des plus nets et des plus tranchés; longues fibres-cellules à bords très pâles, très difficiles à isoler les unes des autres, effilées aux deux bouts; le noyau pour la plupart est ovoïde, allongé et très apparent, parce que, sans doute, ces éléments sont de date récente; cependant quelques-unes présentent aussi le noyau presque réduit à l'état linéaire, comme on le voit le plus souvent sur les fibres lisses normales.

La composition histologique de cette tumeur, d'après M. Dufour, rend donc le pronostic des plus favorables. On pourrait s'étonner, dit-il, de cette composition même, qui se rencontre assez rarement sur un grand nombre de tumeurs; mais les considérations suivantes en rendent compte pour la région dont il s'agit :

1° Les polypes du vagin depuis longtemps figuraient parmi les tumeurs bénignes. Boyer nous apprend (t. X, édit. 1825, *Polypes du vagin*) qu'ils ne sont jamais de nature cancéreuse, et n'entraînent pas les accidents qui appartiennent à ce genre de maladie.

2° Si l'on se rappelle la structure anatomique du conduit vaginal, on sait qu'au point de vue de cette structure ce conduit offre

une différence marquée entre la moitié inférieure ou antérieure et la moitié inférieure ou postérieure; l'une profonde, lâche, molle, extensible, est riche en glandes mucipares; l'autre rugueuse, plus sèche, contractile, est abondamment pourvue de vaisseaux et de fibres musculaires lisses dans le tissu sous-muqueux, de sorte que l'on peut prévoir en quelque façon *à priori*, que les polypes de la région profonde ou inférieure seront dus à des hypertrophies glandulaires (tumeurs bénignes), et les polypes de la région supérieure ou antérieure à des hypertrophies vasculaires ou musculaires (tumeurs bénignes). Cette dernière induction est légitimée par la tumeur qui nous occupe ici.

3° Cet élément musculaire, que nous avons reconnu normalement dans la structure du vagin, y est également réparti dans la portion même antérieure de ce conduit où il est observé. C'est surtout dans les parois vésico-vaginales de ce conduit qu'il est le plus abondant, autour de ce qu'on a appelé le bulbe du vagin, et c'était vers ces parties que siégeait la tumeur. L'élément musculaire normal du vagin, vers la fin de la gestation, prend part à l'hypertrophie générale physiologique de tout l'appareil utérin, sans doute pour pouvoir servir aussi à l'accouchement prochain. On voit alors les faisceaux musculaires lisses prendre une teinte rougeâtre qui dénote leur hypertrophie physiologique; ne peut-il pas en être de même dans certains cas, sous l'influence d'une cause morbide?

4° Enfin, il faut considérer aussi que cet élément est très variable quant à l'abondance, chez les divers individus, certains actes physiologiques, soit dans le coït, soit à la fin de certains accouchements, le prouvent manifestement à l'observateur, de sorte que certaines femmes seraient plus que d'autres disposées à l'hypertrophie de cet élément et aux polypes fibro-musculaires du vagin.

---

2. M. *Guyon* montre un *testicule tuberculeux*. — L'organe, fendu par la moitié, offre une coloration jaune uniforme bien différente de celle que l'on observe le plus ordinairement, et l'on croirait tout aussi bien qu'il existe une infiltration de pus qu'une infiltration tuberculeuse, si, en y regardant de près, on ne trouvait quelques granulations grisâtres et si le microscope n'avait pas fait reconnaître la nature de l'altération.

3. M. *Raynaud* fait voir une *adhérence complète des deux feuillets du péricarde avec incrustation calcaire de la séreuse.* — Il donne à ce sujet les détails suivants :

D..., âgé de douze ans et demi, est entré dans le service de M. Bouvier au mois de février 1860 ; il avait déjà fait un premier séjour à l'hôpital des Enfants l'année dernière. Il se plaint d'étouffements continuels et de palpitations. Battements du cœur tumultueux, sans bruits anormaux ; cyanose de la face et des mains ; râles sous-crépitants fins dans la poitrine ; dyspnée excessive.

Sous l'influence d'un traitement approprié, ces accidents se sont calmés assez rapidement, mais ils ont reparu à plusieurs reprises, et le malade a fini par succomber le 10 juillet avec tous les phénomènes de l'asystolie : anasarque, ascite, œdème pulmonaire, etc. Il s'y est ajouté, dans les derniers temps de la vie, de l'ictère avec une énorme congestion du foie qui dépassait de beaucoup le rebord des fausses côtes.

Voici d'une manière plus précise ce que nous a donné l'examen de l'appareil circulatoire : le pouls, pendant les accès d'oppression, était très irrégulier, non dans son rhythme, mais dans la force relative des pulsations. A une ou plusieurs pulsations fortes succédaient d'autres très faibles ; de plus, les pulsations se fondaient, pour ainsi dire, les unes dans les autres.

La matité précordiale avait environ 10 centimètres de hauteur sur 8 ou 9 de largeur. La pointe du cœur battait à deux travers de doigt au-dessous du mamelon gauche. Les bruits avaient leur timbre normal dans l'état de repos ; l'impulsion était un peu exagérée, elle l'était sensiblement plus après la moindre course.

Voici maintenant le phénomène sur lequel j'appelle l'attention de la Société, et qui, du reste, ne m'a paru se produire que passagèrement. Je l'ai constaté dans le courant de juin, pendant un accès d'oppression. Les battements du cœur étaient parfaitement dédoublés, à tel point que l'oreille avait la sensation que donneraient deux cœurs battant d'après le même rhythme et avec la même vitesse, mais avec un point de départ différent et indépendant l'un de l'autre. Les bruits se produisaient dans l'ordre suivant : premier bruit, deuxième bruit sourd égal au premier en intensité ; premier bruit clair, deuxième bruit clair égal au premier.

A l'*autopsie*, nous avons trouvé, outre une cirrhose du foie com-

mençante, une adhérence complète du cœur avec le péricarde, formée par des filaments celluleux très denses, d'une dissection difficile. Le péricarde présente une incrustation calcaire des plus remarquables, donnant au toucher la sensation d'une coquille d'œuf.

On distingue très nettement deux couches calcaires superposées. Les orifices sont parfaitement sains; les cavités sont gorgées de caillots noirâtres; elles paraissent dilatées; mais cette apparence peut bien tenir à ce que les parois du cœur, étant en quelque sorte enchâssées et fixées par une enveloppe solide, n'ont pu revenir sur elles-mêmes. Cette disposition donne aux colonnes charnues des oreillettes une régularité qu'on ne leur voit pas ordinairement.

Cette observation, ajoute M. Raynaud, m'a paru intéressante à plus d'un titre : d'abord, les ossifications du péricarde sont un fait exceptionnel chez les enfants, et l'existence d'une péricardite ancienne est d'autant plus frappante que jamais le malade n'a été atteint de rhumatisme articulaire.

Mais le fait qui nous occupe a surtout un intérêt clinique. La plupart des traités de pathologie donnent le diagnostic comme à peu près impossible. Dans le cas actuel, le diagnostic n'a pas été fait, mais il aurait dû l'être. En effet, en rapprochant l'absence des signes positifs de l'hypertrophie ventriculaire, et notamment d'une matité précordiale très étendue, l'absence de bruits anormaux pouvant faire songer à une lésion des orifices, en rapprochant, dis-je, ces signes des caractères du pouls et surtout de l'altération remarquable des bruits cardiaques que j'ai décrits plus haut, on devait, par voie d'exclusion, arriver à admettre des adhérences apportant un obstacle considérable aux contractions du cœur. J'attache une importance d'autant plus grande à ce dédoublement des bruits que j'avais noté le phénomène simplement comme une curiosité pathologique dont je ne tirais alors aucune induction et dont je n'ai reconnu l'intérêt qu'ultérieurement. Aucune idée théorique n'a présidé à cette observation, et c'est pour cela que je la crois utile. J'ai la conviction que, dans un cas pareil, le diagnostic pourrait et devrait être posé d'une manière absolue.

M. *Dolbeau* montre :

4. A. Un *calcul* qu'il a extrait de la vessie d'un homme de vingt-cinq ans. Cet individu, d'une intelligence très bornée, disait souffrir depuis sa naissance. En pratiquant le cathétérisme, M. Dolbeau sentit que le calcul s'engageait dans le col de la vessie. La taille prérectale, telle que la décrit M. Nélaton, fut pratiquée et l'extraction du calcul fut des plus simples. Il y a huit jours que le malade a été opéré ; son état de santé est excellent ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Le calcul a 6 centimètres environ dans son plus grand diamètre ; sa forme est irrégulièrement ovoïde, et l'on distingue très bien à l'une de ses extrémités la portion rétrécie qui venait s'engager dans le col vésical ; elle présente à sa partie supérieure une surface linéaire lisse et polie produite par le passage de la sonde et peut-être de l'urine.

---

5. B. Un autre *petit calcul* qu'il a extrait de la vessie d'un homme de soixante-dix-huit ans par la *taille prérectale*. Comme dans le cas précédent, tout se passa bien ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le onzième jour, le malade pissa par la verge. La guérison eut lieu le vingtième jour.

A propos de ces deux présentations, M. Dolbeau fait ressortir les avantages de la taille prérectale, qu'il a eu l'occasion de pratiquer déjà plusieurs fois. Par ce procédé, en effet, on évite ces hémorrhagies souvent abondantes contre lesquelles Dupuytren avait imaginé sa canule ; on n'a pas à redouter les accidents d'infection purulente ; enfin on évite la lésion du bulbe.

---

6. M. *Ed. Cruveilhier* fait voir un passe-lacet qu'une femme s'était introduit dans l'urèthre il y a quatre mois dans le but d'extraire un calcul qui s'était engagé dans ce canal. Le passe-lacet lui échappa des mains, tomba dans la vessie et devint le noyau d'un calcul.

Cette femme vint dans le service de M. Nélaton pour se faire opérer. Le corps étranger ne put être amené au dehors, malgré

les tentatives d'extraction. Deux jours après l'opération, la malade fut prise d'accidents à forme intermittente qui ne purent être arrêtés par l'emploi du sulfate de quinine ; la mort survint sept jours après l'opération.

M. *Dolbeau*. Dans des cas semblables, on administre toujours le sulfate de quinine, et je sais que M. Ricord attache beaucoup d'importance à l'emploi de ce médicament; mais, d'après ce que j'ai pu observer, je crois pouvoir affirmer que, lorsque les accidents à forme intermittente sont graves, on perd les malades, malgré l'administration du sulfate de quinine, et que, lorsqu'ils sont légers, ils cessent d'eux-mêmes. Quant à l'extraction des corps étrangers de la vessie, il est certaines précautions que l'on ne doit pas négliger et sur lesquelles M. Civiale insiste avec juste raison. Il recommande expressément dans son livre de ne faire les tentatives d'extraction qu'après avoir habitué l'urèthre et la vessie au passage du cathéter, et d'apporter la plus grande douceur dans toutes ces manœuvres.

Je pourrais même vous remettre en mémoire le fait consigné dans vos Bulletins de l'an dernier : il s'agit d'un individu auquel M. Velpeau pratiqua l'opération de la lithotritie sans avoir préalablement habitué l'urèthre et la vessie au passage des instruments, et qui, après la première séance, fut pris d'accidents formidables qui amenèrent la mort en peu de temps.

M. *Ed. Cruveilhier*. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite complétement, on s'est assuré néanmoins qu'il existait dans le cul-de-sac vésico-rectal un épanchement purulent. On comprend dès lors comment, dans ce cas, l'emploi du sulfate de quinine est resté sans résultat.

M. *Péan*. En opposition à ce que nous a dit M. Dolbeau sur les précautions recommandées par M. Civiale, et sur l'espèce d'accoutumance de l'urèthre et de la vessie au contact des sondes, je pourrais rapporter l'histoire d'un monsieur qui fut débarrassé d'un calcul après plusieurs séances de lithotritie ; voulant être bien certain qu'il ne restait plus trace de son affection, il revint trouver M. Nélaton, afin que ce chirurgien s'assurât par le cathétérisme que la guérison était complète. Une sonde fut introduite. Le malade fut pris le soir même de frissons et succomba rapidement.

M. *Dolbeau*. Je ne nie pas qu'il y ait des faits semblables ; mais, de ce que ces accidents se produisent, il ne faut pas en conclure que les précautions recommandées par M. Civiale sont inutiles.

M. *Raynaud*. La Société, à plusieurs reprises, s'est occupée des accidents à forme intermittente qui se montrent à la suite du cathétérisme. Vous savez que M. Mercier les considère comme liés à une lésion inflammatoire des reins, et l'on conçoit très bien l'inefficacité du sulfate de quinine.

M. *Millard*. On trouvera dans les Bulletins de l'an dernier une discussion sur le sujet qui nous occupe en ce moment. M. Verneuil prit alors la parole pour s'élever contre l'emploi peu rationnel et surtout peu raisonné du sulfate de quinine. On administre ce médicament, disait-il, en quelque sorte par routine, sans avoir fait préalablement l'examen de la région lombaire et sans songer à la néphrite, qui est le plus souvent le point de départ des symptômes qu'on a sous les yeux.

---

7. M. *de Saint-Germain* présente une *hernie crurale étranglée*, recueillie chez un vieillard mort d'hémorrhagie du plancher du quatrième ventricule.

La hernie a été réduite avec le sac complétement retourné du côté de la cavité abdominale. L'anse intestinale herniée, parfaitement libre, appartenait à l'iléon. L'intestin n'avait été pincé par l'anneau que dans une partie de sa circonférence, d'où il résulte que la circulation des matières fécales aurait encore pu avoir lieu si le froncement de l'intestin n'avait rétréci encore cette partie du canal intestinal sus-jacente à l'étranglement.

Quoique la hernie ne fût étranglée que depuis quelques heures, toute la partie des tuniques intestinales située au-dessous du point où la constriction avait porté, était d'un rouge foncé uniforme, couleur chair de jambon, sans trace d'hémorrhagie. Dans ce point, le péritoine était terni, recouvert d'une espèce de pellicule opaline paraissant n'être autre chose qu'une exsudation plastique déjà concrétée. La muqueuse, un peu boursouflée, était tachetée çà et là de points grisâtres gros comme de petites têtes d'épingles, et paraissant n'être autre chose que des follicules clos devenus

apparents. On n'observait la section d'aucune tunique au niveau des points où avait porté la constriction. Le sac, retourné en doigt de gant, est d'un rouge grenat foncé, vers le fond particulièrement, et fait saillie dans l'abdomen à la manière d'un diverticulum. Le collet du sac, manifestement rétréci, admet encore l'extrémité de trois doigts ; il n'a donc pu occasionner par lui-même l'étranglement. Le rétrécissement qu'il offre est produit par une espèce de plissement circulaire du péritoine offrant la forme d'un diaphragme, plissement que des tractions ne peuvent faire disparaître, et qui indique que la hernie crurale est de date ancienne. Quand on refoule le sac, il s'insinue et pénètre facilement dans le canal crural.

La dissection de la région crurale montre au-dessous de la peau et du fascia cellulo-adipeux sous-jacent qui n'offrent rien de particulier, l'existence d'un petit peloton situé à l'angle interne de l'anneau crural, immédiatement au-dessous de l'arcade du même nom. Ce peloton, nettement circonscrit par un sillon, est susceptible, lorsqu'on exerce sur lui une légère traction, de s'allonger environ de 4 centimètres, en entraînant avec lui le sac herniaire. En déprimant alors ce dernier de l'abdomen vers les parties superficielles, on le fait passer complétement et avec facilité par l'angle interne du canal crural. A la place du petit peloton, signalé précédemment, on produit alors une petite tumeur oblongue du volume d'un petit œuf de poule, dont la surface est nettement limitée par une enveloppe fibreuse, mince, mais bien accusée, laissant voir par transparence le tissu adipeux sous-jacent. L'orifice par lequel vient de se produire cette tumeur admet l'extrémité du petit doigt. Il est limité en dedans par le bord externe du ligament de Gimbernat, très court, mais bien reconnaissable à ses fibres resplendissantes. Ce bord se continue avec l'enveloppe fibreuse qui recouvre le sac herniaire. Une bride située sur un plan inférieur au ligament de Gimbernat, paraissant terminer en haut et en dedans le *fascia cribriformis*, borne cet orifice en bas et en dehors. Cette bride n'a pas de continuité bien nette avec l'enveloppe fibreuse du sac. Entre celle-ci et le péritoine, il existe une couche épaisse de tissu adipeux de près d'un centimètre d'épaisseur vers le fond du sac. L'enveloppe fibreuse paraît n'être autre chose qu'une expansion du *fascia transversalis*, adhérent au ligament de Gimbernat et

au collet du sac, ce qui empêche de saisir nettement la continuité de ces deux membranes. Le *fascia cribriformis* infiltré de graisse est très manifestement en dehors et au-dessous de cette hernie. Toutefois, en faisant rentrer le sac dans l'abdomen, et en le refoulant ensuite avec le doigt, on l'insinue facilement dans le canal crural sous ce *fascia*.

De la description précédente je crois pouvoir conclure que la hernie avait été jusqu'ici une hernie crurale simple située sous le *fascia cribriformis*, qu'elle refoulait en masse, et que, sous l'influence d'un effort, ce *fascia* résistant trop, elle s'est insinuée par l'orifice précédemment décrit, lequel a produit l'étranglement. La détermination de cet orifice comme siége de l'étranglement a, du reste, été indiquée par M. Broca il y a déjà longtemps.

J'ajouterai les détails et les considérations suivantes, que m'a fournis mon collègue et excellent ami M. Edmond Simon. Il fut appelé, un de ses jours de garde, pour réduire cette hernie sur un vieillard de soixante-quatre ans. Ce vieillard était plongé dans un état comateux profond, accompagné d'un peu de contracture générale. Il vomissait des matières jaunâtres granuleuses, à odeur caractéristique dite de matières fécales.

Je ferai remarquer que l'observation de ce malade, très remarquable à un autre titre, a été donnée à la Société par mon collègue et ami M. Cornel, qui m'a permis de prendre et de disséquer cette pièce. En examinant le malade, M. Simon découvrit dans le pli de l'aine gauche une petite tumeur grosse comme un œuf de poule, élastique, très mobile sous les téguments, rattachée aux parties profondes par un pédicule étroit, sans changement de coloration des téguments, telle, en un mot, qu'au premier abord on aurait pu la prendre pour un kyste, surtout à cause de sa mobilité et de son étroit pédicule. Mais les vomissements caractéristiques, la sensation, du côté de l'abdomen, d'un pédicule flasque se rendant au canal crural, ne lui laissèrent pas de doute qu'il avait affaire à une de ces variétés de hernies crurales sur lesquelles M. Laugier a appelé dans ces derniers temps l'attention de ses élèves, et pour lesquelles il indiqua une modification opératoire très simple et cependant très importante. En effet, cet éminent professeur a fait remarquer que, dans ces hernies si mobiles, on pouvait, comme il l'a pratiqué à plusieurs reprises et avec un heureux

résultat, à l'aide de l'ongle, lorsque le sac était à découvert, aller détruire la bride fibreuse du *fascia cribriformis*, qui contribue à leur étranglement, et les réduire alors sans la moindre difficulté. On voit combien cette légère modification simplifie l'opération de la hernie étranglée, au moins pour cette variété, quand le taxis a échoué. Et ici en particulier, si l'on avait voulu aller débrider sur le ligament de Gimbernat, comme l'enseignent quelques auteurs, on eût coupé une veine assez volumineuse et une petite artère allant de l'épigastre au trou obturateur, et bordant la base du ligament de Gimbernat.

---

8. M. *Brouardel* montre une *tumeur du doigt médius de la main droite*. — B..., menuisier, âgé de seize ans, paraît être d'une bonne constitution. Aucun antécédent scrofuleux.

Il entre dans les salles de M. Velpeau pour une tumeur du doigt médius de la main droite. Cette tumeur, assez volumineuse, existe, d'après lui, ainsi qu'au dire de sa mère, depuis quinze ans et demi. Elle ne le fait pas souffrir; mais son volume et l'impossibilité de faire des mouvements lui rendent l'exercice de sa profession très difficile, et il réclame lui-même l'amputation. Le doigt est volumineux, surtout au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Les mouvements communiqués sont encore possibles dans de faibles limites. Enfin on trouve à la partie interne du doigt médius une ulcération par laquelle sortent des fongosités qui rappellent les fongosités qui entourent les tumeurs blanches. Cette ulcération n'existerait que depuis un mois. M. Velpeau fait, le 10 juillet, l'amputation dans la contiguïté du troisième métacarpien et de la première phalange.

A l'examen du doigt amputé et après dissection, on trouve que la tumeur occupe l'extrémité inférieure de la première phalange. L'os est détruit dans sa partie inférieure et antérieure, tandis que, dans ses parties postérieure et supérieure, il est comme refoulé et se présente avec les caractères du tissu compacte. Le tissu osseux qui a subi cette altération entoure la cavité et a une épaisseur qui est en haut de 3 à 4 millimètres; en arrière, l'os n'a plus que 2 millimètres. L'articulation n'est envahie que dans sa partie antérieure, et les glissements ne sont pas abolis. La tumeur qui occupe

cette cavité a l'apparence de fongosités. Elle a environ 1 centimètre 1/2 de diamètre dans tous les sens. Elle se continue avec les fongosités qui faisaient saillie à l'extérieur et présente les mêmes caractères. Ces fongosités sont molles, rosées, ne paraissent pas très vasculaires et adhèrent intimement à la coque osseuse, ainsi qu'au tissu fibreux qui la circonscrit à la partie antérieure.

M. *Parmentier* présente une *tumeur hypertrophique du sein* enlevée par M. Demarquay à la Maison municipale de santé. Cette tumeur pèse 1580 grammes; la malade qui en était affectée est une femme âgée de soixante-treize ans. Elle s'est aperçue, il y a vingt-cinq ans, qu'elle avait dans le sein droit une tumeur de la grosseur d'une petite noix, légèrement mobile et non douloureuse. Elle s'accrut lentement; au bout de dix ans, elle avait doublé de volume et était devenue un peu bosselée. Elle commença à y ressentir des douleurs qui devinrent de plus en plus fréquentes et plus fortes. Quatre ans avant l'arrivée de la malade à Paris, le sein augmenta de volume, la tumeur devint plus lourde et plus douloureuse. Enfin, il y a dix-huit mois, il se forma trois ou quatre bosselures qui fournirent une petite quantité de sérosité lorsqu'on les ponctionna, puis la tumeur s'ulcéra, des végétations se développèrent, et la malade se décida à se faire opérer.

L'opération ne présenta rien de particulier; les lèvres de la plaie furent réunies par des fils d'argent qui restèrent en place pendant quinze jours.

M. *Dufour* remet sur l'examen microscopique de la tumeur la note suivante :

Tissu cellulaire et fibreux peu abondant, se retrouvant dans certaines préparations, mais cependant pas dans toutes, avec quelques rares cellules fibro-plastiques fusiformes. L'hypertrophie porte sur l'élément glandulaire proprement dit, qui nous semble même passer à la dégénérescence épithéliale (épithélioma mammaire) par l'abondance extrême d'un des éléments normaux du tissu mammaire et la disposition insolite des acini mammaires encore visibles.

Certaines parties des deux morceaux qui nous ont été remis,

sans présenter de suc, sont tellement ramollies, qu'elles s'étalent sans le moindre effort entre les lames de verre où on les a placées. Ces parties ne contiennent absolument que du tissu glandulaire. Les autres parties, plus consistantes, ne le doivent qu'à la présence plus ou moins abondante du tissu connectif interposé entre les éléments glandulaires.

Le tissu glandulaire se révèle par d'énormes amas d'épithélium pavimenteux mammaire, ayant tous les caractères normaux. Quant à la forme et aux dimensions des cellules, les noyaux seuls, au lieu d'offrir un ou deux nucléoles punctiformes, présentent pour la plupart un plus grand nombre de granulations dans leur intérieur.

Ces amas épithéliaux sont plus ou moins bien configurés et rappellent par leurs formes, soit en tubes ramifiés, soit en tubes simples terminés en massue ou en ampoule, les canaux et les acini mammaires primitifs où ils ont pris naissance.

Au milieu de ces amas épithéliaux, on voit aussi un grand nombre de gouttelettes graisseuses isolées dans certains points; dans d'autres, au contraire, ce sont des amas de graisse concrète, à bords noirâtres, réfractant fortement la lumière, ou des granulations graisseuses réunies en masse, formant des globules ovoïdes ou sphériques presque noirs qui rappellent ceux qui remplissent les glandes sébacées pileuses. Sur quelques-uns des tubes épithéliaux terminés en forme d'acini, on peut reconnaître encore la membrane propre amorphe des acini qui les limite et les sépare des parties environnantes, vaisseaux ou tissu cellulaire, de sorte que l'on a sous les yeux quelques acini encore parfaits quant à la forme anatomique. Mais ce qui me paraît démontrer que si quelques-uns sont encore ainsi formés, la plupart sont détruits ou au moins ont éclaté sous l'effort de la production épithéliale, c'est un autre détail très curieux sur cette pièce et qui démontre bien la membrane propre des acini et des derniers tubes des glandes en grappes.

Ainsi, au milieu des amas épithéliaux, on retrouve un grand nombre d'espaces ronds, parfaitement clairs, qui présentent parfois à leur circonférence un chapelet plus ou moins abondant de noyaux épithéliaux. On ne se rend pas bien compte d'abord de ces espaces; mais, en cherchant dans plusieurs préparations, on en voit qui sont isolés sur une partie de leur étendue, et l'on recon-

naît parfaitement qu'on a affaire à une ampoule parfaitement transparente, d'une minceur extrême, qui n'est autre que la membrane propre de l'acini, dont le contenu épithélial s'est échappé au dehors. Ce qui le prouve encore, c'est la mensuration de ces ampoules si transparentes ; en effet, leur diamètre, pour la plupart, est de 10 à 12 centièmes de millimètre, correspondant aux dimensions normales des acini mammaires. Une seule de ces ampoules, très nette également, m'a offert un diamètre exceptionnel ; peut-être provenait-elle de la réunion de plusieurs poches acineuses en une seule : elle avait environ 30 centièmes de millimètre. Ces diverses ampoules, distendues peut-être par endosmose par le liquide de la préparation, restaient renflées en boule qui se continuait presque toujours par un point avec un filament assez large qui n'était pas du tissu fibreux en faisceaux, mais bien le tube glandulaire lui-même, plissé sur lui-même, et vide de son contenu épithélial ; quelques-unes, avec ces tubes, ressemblaient parfaitement à un ballon de verre à longue tubulure, comme on s'en sert en chimie. Plusieurs de ces ampoules contenaient encore dans leur intérieur quelques noyaux épithéliaux, plusieurs même présentaient une seule cellule qui, n'étant plus comprimée par le voisinage, était parfaitement ronde avec un noyau également rond et bien marqué.

Nous venons de dire que quelques-unes des ampoules se continuaient avec le tube plissé et vide ; mais il était facile de voir, en outre, çà et là de semblables tubes déchirés au milieu de l'épithélium. Les tubes se présentaient comme des faisceaux allongés, non striés en long comme les faisceaux cellulaires, sans structure, un peu granuleux seulement par places. On voyait aussi des plaques irrégulières, hyalines, provenant de tubes déchirés et déplissés.

Je ne sais si, dans cette longue description, où j'ai omis bien des détails, où l'œil exercé trouve encore des bases de certitude, mais qui, par leur petitesse même et leur variété, échappent à une description complète, si, dis-je, j'ai bien fait comprendre ce que j'ai vu. Aussi, pour terminer, j'employerai une comparaison saisissable qui expliquera peut-être mieux ma pensée.

Que l'on suppose :

1° Des ramifications tubulées nombreuses formées par une membrane transparente comme du verre, très souple et très fine ;

2° Des ramifications terminées au cæcum ;

3° Que ces tubes sont remplis d'une substance solide qui les distend tous ;

4° Que, par suite de la pression, les tubes, les ampoules, ont cédé en divers points ;

5° Et qu'on examine le tout sous l'eau, par lumière transmise ;

On aura dans l'esprit l'interprétation la plus vraie que l'on puisse se faire des aspects divers de ce produit morbide. Ainsi çà et là la substance solide intérieure échappée des tubes, les tubes déchirés, plissés irrégulièrement, quelques ampoules distendues encore par la substance solide intérieure, ou celle-ci ayant fui par les tubes déchirés et laissant à sa place une vésicule hyaline, etc., etc.

Outre la description générale que nous venons de donner, la plus grande tranche qui nous a été remise présentait sur une partie de son pourtour, dans l'espace d'environ 4 ou 5 centimètres carrés, une particularité intéressante. Le tissu fondamental ressemblait, par ses caractères microscopiques, à l'hypertrophie générale précédemment étudiée ; mais on voyait à l'œil sourdre à la pression par de très larges orifices une grande quantité de matière d'apparence tout à fait sébacée, et qui en offrait, du reste, tous les caractères microscopiques. C'étaient des amas uniquement composés de cellules épithéliales pavimenteuses très pâles, comme on les observe dans les kystes des follicules cutanés et entremêlés de quelques cristaux de cholestérine, autre caractère du contenu de ces mêmes kystes. Peut-être cette particularité se rattacherait-elle à une hypertrophie et dégénérescence épithéliale des glandes sébacées de la peau qui recouvrait cette mamelle malade, et qui se seraient enfoncées plus ou moins profondément au milieu de la masse morbide. Il m'aurait fallu avoir toute la tumeur pour pouvoir élucider ce dernier point.

---

10. M. *de Saint-Germain* met sous les yeux de la Société une *rupture de la portion bulbeuse de l'urèthre* avec hémorrhagie immédiate grave, abcès urineux, infiltration et infection pyo-urémique.

D..., garçon pharmacien, monté sur une échelle pour prendre des objets haut placés, perdit l'équilibre et tomba à califourchon sur une porte à demi ouverte. Le périnée fut violemment contus,

et une hémorrhagie grave se déclara par l'urèthre. Cette hémorrhagie, qui commença le 22 mai au soir, moment de l'accident, continua, quoique faiblement, le jour suivant. Transporté à l'hôpital immédiatement après l'accident, l'interne de garde parvint à le sonder; la sonde fut laissée à demeure et assujettie sur la verge.

Les jours suivants, l'urine s'écoulait lentement, mais librement, par la sonde. Le malade, quoique très affaibli, avait peu de fièvre; l'appétit était médiocre.

Le 28 mai, la douleur augmenta légèrement et se fit surtout sentir dans les parties génitales; la fièvre se ralluma; la peau du périnée, jusqu'à la racine des bourses, et même sur la face postérieure de celle-ci, était tendue, chaude, rouge, luisante; une infiltration avait eu lieu. M. Velpeau fit une incision dans la direction du raphé médian de la longueur de 5 centimètres; il en sortit de l'urine mêlée à une certaine quantité de pus et un peu de sang. Cataplasme.

Le 2 juin, le malade fut pris tout à coup de frissons violents d'un quart d'heure de durée qui se répétèrent deux fois par jour les jours suivants, jusqu'au 9 juin. Trois jours après le premier frisson, le malade accusa des douleurs dans les articulations; mais ce fut surtout dans le poignet gauche que la souffrance fut la plus persistante et la plus considérable. Enfin, le 16 juin, le malade succomba.

Autopsie. — Cerveau sain, sauf quelques adhérences de la pie-mère au cerveau et quelques points louches et rugueux à sa surface. Poumons parenchymateux; le sommet du gauche a des tubercules, pas d'abcès sous-pleuraux. Abdomen sain. Articulations: la radio-carpienne gauche contient du pus.

La portion bulbeuse de l'urèthre est le siége d'une déchirure considérable, à bords mâchés, déchiquetés, ayant à peu près 2 centimètres d'étendue, et intéressant toute la paroi postérieure du canal en largeur. Cette ouverture communique avec une caverne qui comprend toute la fosse ischio-rectale gauche, une partie de la droite, et la région périnéale antérieure et inférieure dont la peau est amincie et décollée jusque sur les bourses. Les veines périprostatiques contiennent du pus. Vers la fin de la portion spongieuse, au-dessus du bulbe, la rupture a 2 centimètres 1/2 de long,

et comme elle offre à peu près le même écartement transversal, les bords de la solution de continuité, assez nets d'ailleurs, présentent la forme d'un carré. Elle s'ouvre dans une vaste poche située entre elle et le périnée, dans laquelle on pourrait loger le poing. Cette poche elle-même communique avec l'extérieur par trois incisions qui ont servi à laisser passer l'urine infiltrée, de même que le tissu cellulaire sphacélé par la meurtrissure et la filtration urineuse. Le bulbe a été presque entièrement détruit par le traumatisme. La vessie est maculée de nombreuses taches noires, lesquelles paraissent être le résultat d'une cystite. Les uretères et les bassinets contiennent un peu d'urine purulente et offrent des arborisations manifestement inflammatoires.

On a trouvé des abcès métastatiques dans le poumon gauche et du pus dans le poignet gauche. De plus, on a saisi quelques gouttelettes de pus dans les veines de la loge prostatique sans pouvoir les poursuivre au delà.

---

11. M. *Dufour* présente une *tumeur mammaire* qui a été enlevée par M. Demarquay ; il remet la note suivante. — La tumeur est un peu plus volumineuse que le poing ; elle comprend le mamelon. Le tissu morbide commence immédiatement derrière la peau et s'étend environ dans les quatre cinquièmes de la masse totale, l'autre cinquième est formé de tissu adipeux profond et postérieur, qui envoie aussi quelques petites traînées au milieu du tissu morbide. Ce dernier tissu est d'un blanc laiteux, très dense à la coupe, et présente tous les caractères chimiques du squirrhe de la mamelle. A une très forte pression on peut en faire sourdre un suc, mais qui n'a pas dans tous les points de la masse les mêmes caractères histologiques, comme nous le verrons plus bas.

Voici ce que nous a donné l'examen microscopique :

Dans tous les points on trouvait une grande quantité de tissu fibreux, qui donnait à la masse totale son extrême densité. Mais quant au suc qu'on pouvait exprimer, nous avons trouvé des différences très remarquables.

Ainsi dans certains points c'était un suc presque entièrement huileux, présentant une énorme quantité de gouttelettes huileuses,

		Diamètre en fractions de millimètre des noyaux malades.	Diamètre en fractions de millimètre des nucléoles malades.
Partie altérée.....	1.	0,010	0,003
	2.	0,014	0,002
	3.	0,014	0,003
	4.	0,014	0,003
	5.	0,014	0,002
	6.	0,011	0,003
Partie la plus altérée à l'œil nu.....	7.	0,017	0,003
	8.	0,018	0,003
	9.	0,010	0,002
	10.	0,015	0,002
	11.	0,014	0,004
	12.	0,007	0,002
	13.	0,013	0,001
	14.	0,016	0,001
	15.	0,014	0,002
Partie altérée.....	16.	0,012	0,003
	17.	0,014	0,002
	18.	0,014	0,002
	19.	0,013	0,003
	20.	0,012	0,002
	21.	0,013	0,001 (1)
	22.	0,014	0,003
		0,293 | 22	0,052 | 22
		73 | 0,013 en moyenne.	80 | 0,0023 en moyenne.
		7	14
		Noyaux sains.	Nucléoles sains.
Partie où la forme anatomique des acini est encore conservée.....	23.	9,008	0,001
	24.	0,008	0,002
	25.	0,007	0,001
	26.	0,006	punctiforme.
	27.	0,007	punctiforme.
	28.	0,007	0,002
	29.	0,005	punctiforme.
		0,048 | 7	0,006 | 4
		6 | 0,006 à 7 moyenne.	20 | 0,0015 en moyenne.

(1) Il y avait deux nucléoles de même diamètre.

12. M. *Chalvet* fait voir *un encéphaloïde du testicule à l'état de crudité* que M. Dolbeau a enlevé chez un enfant de trois ans.

Il a été difficile de savoir à quelle époque remonte le début de l'affection; mais ce qui paraît certain, c'est que la maladie fit, en peu de temps, des progrès rapides. Le diagnostic facile fut porté, et la castration fut pratiquée le 19 juillet. Rien ne contre-indiquait cette opération; les ganglions de l'aine n'étaient pas envahis, l'état général du malade était bon; en un mot, l'affection était aussi bien localisée que possible.

En examinant la tumeur, on voit d'abord que la tunique albuginée recouvre la masse mordide qui est elle-même bosselée. En pratiquant des coupes dans le tissu altéré, on constate qu'il crie sous le scalpel et qu'il présente, à son intérieur, des tractus fibreux qui le divisent en lobes irréguliers. La masse elle-même est jaunâtre : l'examen microscopique y fait reconnaître la présence des noyaux caractéristiques de l'encéphaloïde. Un certain nombre de ces noyaux sont envahis par des granulations graisseuses qui ont distendu leur enveloppe; chez quelques-uns même l'enveloppe a été rompue par distension.

Un fait intéressant, qui vient à l'appui d'une communication faite par M. Dufour, c'est la différence remarquable que l'on constate entre les éléments cellulaires du centre de la tumeur et ceux que l'on trouve dans les prolongements périphériques qui viennent de se former. Ainsi il est certain que les noyaux nouvellement formés sont en général plus petits, qu'il existe dans ces points plus de nucléoles libres, et que l'envahissement graisseux y est moins avancé. Ces faits semblent indiquer que ces éléments ont une sorte d'évolution qui permet de leur reconnaître des âges; ils auraient la même origine que les éléments cellulaires normaux, ainsi qu'on l'a dit, et ils contracteraient leur mauvaise nature par une hypergénèse morbide. Dans le cas actuel, il n'a pas été possible de trouver traces du testicule et de l'épididyme. Il est à présumer que l'affection a débuté par les cellules ou les noyaux des canalicules de ces organes qui ont été complétement détruits par le développement de l'encéphaloïde. On voit les éléments du cordon plonger dans la masse cancéreuse même; il n'existe pas traces de cavité kystique dans cette tumeur, ainsi que cela s'observe souvent. La

partie plus dure du centre ne contient pas un seul des éléments de l'enchondrome.

M. *Guerlain* montre :

13. A. *Un fragment d'os frontal* long et large de 4 centimètres environ, qu'il a enlevé dans les circonstances suivantes :

Un homme, en faisant de la gymnastique, se trouva suspendu, par l'arcade orbitaire, à l'un de ces crochets de fer auxquels les bouchers attachent la viande. Il en résulta une vaste plaie contuse et un arrachement de la presque totalité de l'arcade orbitaire. Le fragment osseux qui pendait et ne tenait plus que par un petit lambeau du périoste fut enlevé, et la plaie fut pansée.

M. *Dufour*, à cette occasion, raconte un fait à peu près analogue : un épicier, en descendant à la cave, se heurta violemment contre un crochet de fer, et se fit une lésion presque semblable à celle qui vient d'être rapportée. Les sinus frontaux étaient à nu au fond de la plaie. Le fragment osseux qui adhérait encore à la peau fut laissé en place et réappliqué, puis la réunion de la plaie fut opérée au moyen de la suture. A part un petit point, qui se gangrena, la cicatrisation fut très rapide.

M. Dufour demande pourquoi l'on a enlevé le fragment osseux, et pourquoi il n'a pas été remis en place comme dans le cas qu'il vient de citer.

M. *Guerlain* répond que le lambeau de périoste restant était trop mince pour pouvoir suffire à la nutrition du fragment osseux détaché.

---

14. B. *Une fracture du crâne avec lésion de l'artère sphéno-épineuse.*

D..., âgé de soixante-et-dix ans, fut renversé par un cheval lancé au galop. La perte de connaissance qui suivit cette chute fut de courte durée, et le blessé put venir à pied de la place de l'hôtel de ville, où avait eu lieu l'accident, à l'Hôtel-Dieu.

Il existait, au niveau du pariétal droit, une plaie longue de 6 centimètres, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, laissant voir

au fond les os à nu. On constata en outre une fracture de la clavicule droite, plusieurs fractures de côtes, une fracture du sternum et un emphysème sous-cutané considérable, au niveau de la partie supérieure du thorax. Peu de temps après son entrée, la face devint pâle, la respiration stertoreuse. Pupille du côté gauche contractée, pupille du côté droit dilatée et immobile. Le malade mourut dans la nuit.

Autopsie. — Outre les lésions relatives aux fractures mentionnées ci-dessus, qui n'offrent qu'un intérêt secondaire, on trouve une ecchymose dans le muscle temporal du côté droit. Au niveau du pariétal du même côté, on rencontre, entre la dure-mère et les os du crâne, un caillot de 2 centimètres d'épaisseur adhérent à la dure-mère, s'étendant dans les fosses temporale et occipitale, jusqu'à la bosse occipitale, et ayant environ 12 centimètres de diamètre.

Les os du crâne sont le siége d'une fracture représentant assez bien deux branches parallèles réunies par une sécante. L'une de ces branches commence un peu au-dessous de la plaie du cuir chevelu, comprend une portion du pariétal droit et s'arrête brusquement au niveau de la réunion du temporal avec cet os. Elle a 4 centimètres d'étendue. La seconde branche commence au niveau de la suture du pariétal avec le rocher, et finit un peu en avant du trou sphéno-épineux. La troisième branche qui réunit les deux précédentes offre 4 centimètre d'étendue. Au niveau de l'angle formé par la rencontre de cette dernière branche avec la branche inférieure de la fracture, se trouve une perte de substance ayant environ 4 millimètres de diamètre. C'est juste en ce point que se trouve le rameau postérieur de l'artère méningée moyenne. Le petit fragment osseux que l'on n'a pu retrouver a sans doute formé une esquille qui a ouvert l'artère et causé l'hémorrhagie. Sur la dure-mère, au point correspondant à la perte de substance de l'os, on constate, en effet, un petit orifice dans lequel on peut introduire une bougie très fine, et qui conduit dans l'intérieur de l'artère sphéno-épineuse.

La corne postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau présente à sa partie inférieure une large ecchymose superficielle de la largeur d'une pièce de 2 francs. Dans le corps strié du côté gauche, foyer sanguin noirâtre de la grosseur d'un pois. Dans le lobe anté-

rieur de l'hémisphère droit, autre foyer sanguin de la grosseur d'une noix. Dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche, très près de l'extrémité postérieure, foyer sanguin gros comme un pois. Piqueté général de la substance du cerveau surtout au voisinage du corps strié et de la couche optique. Pas de sérosité dans les ventricules.

---

15. M. *Touzé* communique à la Société une observation *de mal de Pott, avec l'examen microscopique de la moelle épinière.*

C. B..., âgée de treize ans et demi, entre, le 10 mars 1860, à l'hôpital des Enfants malades. Dans le courant de l'année 1851, elle fit une chute, dans un escalier, d'une hauteur de vingt marches; à la suite de cet accident, il lui fut impossible de se tenir debout. Au bout d'un an environ, l'enfant recouvra le mouvement dans ses jambes, et l'on vit se produire graduellement et insensiblement une saillie à la partie supérieure de la région dorsale. En 1858, C. B... fut atteinte de paraplégie incomplète avec conservation de la sensibilité dans les membres inférieurs. Peu à peu les sphincters se paralysèrent, mais pourtant la malade sentait toujours le besoin d'aller à la garderobe, besoin qu'il fallait satisfaire immédiatement sous peine de laisser aller les matières sous elle. Au mois de février survinrent deux eschares aux régions ischiatiques. Vers la fin d'avril, les deux membres inférieurs s'infiltrèrent, et l'on vit apparaître de nouvelles eschares en différents points, comme par exemple aux talons et dans la région poplitée du côté gauche. Le 4 mai, hémorrhagie artérielle assez abondante arrêtée au moyen du perchlorure de fer.

A partir de ce jour, l'état général s'aggrave; l'œdème se généralise, l'appétit se perd, la fièvre se déclare, et la mort a lieu le 13 juillet.

Autopsie. — Poumons et cœur sans altération appréciable.

Foie volumineux remplissant une grande partie de la cavité abdominale, de couleur jaunâtre, ayant subi à un haut degré la dégénérescence graisseuse, ainsi que l'indique l'examen microscopique des cellules de cet organe.

Reins ayant leur volume normal, très pâles. L'examen microscopique de leur tissu montre que les tubuli sont comblés par des

granulations jaunâtres que l'on trouve, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des cellules épithéliales.

Au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales, se trouve une saillie assez considérable en arrière. La moitié supérieure du corps de la cinquième vertèbre dorsale a entièrement disparu, et le vide a été comblé par la quatrième vertèbre. A ce niveau, le canal est notablement rétréci. La moelle épinière, dans une longueur de 6 à 7 millimètres, a subi un étranglement tel que le cordon médullaire est diminué presque de moitié. La dure-mère, d'une teinte rosée, offre quelques tractus fibreux cicatriciels.

Le tissu médullaire, examiné au microscope par M. Chalvet, n'offre aucune altération dans la portion de la moelle située au dessus de l'étranglement, tandis que dans la partie située au-dessous, la cellule nerveuse multipolaire (si bien indiquée et décrite par M. Jacubowitch) est altérée et envahie par des granulations jaunâtres, en si grande quantité que ces cellules en sont remplies, et que leur noyau est à peine visible.

Cette altération de la cellule multipolaire de la moelle dans son segment inférieur, qu'elle ait précédé ou plutôt suivi les phénomènes de paralysie, confirmerait, à ce qu'il semble, l'opinion de M. Jacubowitch, qui pense que la cellule multipolaire préside aux phénomènes du mouvement. Il n'est pas inutile de rappeler ici que chez la malade qui fait le sujet de la présentation la motilité seule s'est trouvée intéressée.

FRACTURE DU CARTILAGE THYROÏDE. — EMPHYSÈME TRAUMATIQUE DU COU. — MORT SIX HEURES APRÈS L'ACCIDENT. — AUTOPSIE, par M. LANDETA, interne des hôpitaux.

Au n° 8 de la salle Sainte-Marthe, hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Denonvilliers, est couché le nommé B...., âgé de quinze ans, employé dans une imprimerie.

Le 6 juillet 1860, cet enfant se trouve pris entre deux pièces de fer qui lui écrasèrent le cou. L'une d'elles, mue horizontalement avec une grande force, lui porta un coup violent à la région cervicale postérieure, et le poussa contre l'autre, qui vint comprimer la région antérieure du cou.

La pression fut instantanée. On retira l'enfant, qui avait une dyspnée extrême, et on le conduisit à l'hôpital.

Le malade est dans le décubitus dorsal, la tête un peu étendue, la flexion est extrêmement douloureuse. Le malade porte de temps en temps ses mains sur le devant du cou, comme s'il voulait enlever un poids qui l'étouffe. La figure exprime la plus grande anxiété. La bouche est ouverte, les lèvres cyanosées.

La respiration est fréquente; la dyspnée, très considérable, augmente par accès. L'inspiration et l'expiration s'accompagnent d'un râle trachéal produit par les mucosités et du sang que le malade crache en abondance. L'expectoration augmente la dyspnée, la face devient violacée, et le petit malade porte toujours les mains à son cou.

La voix est conservée, elle n'est pas sonore et elle est produite par un véritable souffle.

L'intelligence est nette, et le malade indique à plusieurs reprises l'endroit douloureux. La déglutition est extrêmement pénible, les liquides peuvent cependant être avalés; mais ils provoquent des accès de dyspnée.

Si l'on examine le cou, on voit qu'il est déformé : le creux sus-sternal a disparu, les saillies des sterno-mastoïdiens sont peu apparentes; toute la région antérieure, jusqu'au niveau de l'os hyoïde, est bombée, saillante, en sorte que le cou paraît raccourci.

Le gonflement se prolonge dans la paroi antérieure du thorax jusqu'au niveau de la deuxième pièce du sternum, au milieu et au-dessous de la clavicule sur les parties latérales.

La peau offre sa couleur normale; si l'on presse légèrement sur les endroits boursouflés, on produit la crépitation caractéristique de l'emphysème.

Il existe sur les parties latérale droite et postérieure du cou une ecchymose. Pas de crépitation au niveau du cartilage fracturé.

La peau des membres est froide, surtout aux mains. Le pouls est fréquent, sans irrégularités.

Dans la journée, les symptômes restent à peu près les mêmes : l'emphysème ne s'est pas étendu; les accès de dyspnée sont toujours aussi fréquents et accompagnés d'une expectoration sanguinolente et spumeuse. A trois heures de l'après-midi, le malade est

pris de vomissements; il succombe en peu d'instants au milieu d'un violent accès de dyspnée.

Autopsie quarante-deux heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve des adhérences de la plèvre gauche; la cavité pleurale n'existe pas de ce côté, et il n'y a pas d'emphysème.

Quelques adhérences à la plèvre droite, et absence d'air dans sa cavité.

Les poumons sont congestionnés, ne présentent pas de déchirure.

Les côtes sont saines.

Cou. — Il présente le gonflement que nous avons observé pendant la vie. La peau étant incisée, on voit le tissu cellulaire sous-cutané emphysémateux et ecchymosé. On peut suivre cet emphysème par la dissection de la peau qui recouvre la partie antéro-supérieure de la poitrine. Il y a un peu d'air en haut du médiastin antérieur. Les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens sont ecchymosés et divisés en deux fragments, laissant entre eux un espace de quelques lignes.

L'aponévrose cervicale profonde, intacte, recouvre le larynx; elle est le siége d'une ecchymose étendue. Lorsqu'on fend l'aponévrose au-devant du larynx, on voit, à la place occupée normalement par le cartilage thyroïde, une large ouverture de 3 centimètres à peu près qui conduit dans l'intérieur du larynx. Les bords de cette cavité sont limités sur les côtés et superficiellement par l'aponévrose et les muscles déchirés; en haut et en bas par les deux fragments du cartilage thyroïde fracturé. En effet, vers le bord supérieur de l'ouverture, on rencontre un corps rugueux, inégal, de consistance cartilagineuse; c'est le bord inférieur du fragment supérieur du thyroïde. Vers le bord inférieur, on voit au fond de la plaie et sur la ligne médiane l'ouverture de la glotte formée par les deux cordes vocales inférieures intactes et recouvertes par la muqueuse. Sur la partie latérale gauche, un rebord sinueux allant se terminer à une saillie allongée qui n'est autre que la corne supérieure gauche du thyroïde. A droite, on sent le bord supérieur du cartilage cricoïde séparé du thyroïde par suite de la rupture de la membrane crico-thyroïdienne du côté droit.

Nous avons détaché les parties molles qui recouvrent le cartilage thyroïde, et nous avons pu voir que celui-ci était complétement

séparé en deux fragments inégaux, à peu près juxtaposés en arrière, bien que très écartés à leur partie antérieure, lorsque les parties molles existaient; ces fragments s'éloignaient tout à fait après l'incision de celles-ci.

Si l'on examine la direction de la fracture dans chacun des deux fragments, voici ce qu'on y remarque :

1° *Fragment inférieur.* — Vers la partie moyenne du bord supérieur de l'aile gauche du cartilage thyroïde commence une fracture oblique en bas et en dedans, dépassant la ligne médiane et venant se terminer à près d'un centimètre à droite de cette ligne. Là elle s'arrête tout à coup pour changer de direction, et d'oblique qu'elle était, elle devient verticale, puis va se terminer au bord inférieur du cartilage thyroïde. Les bords de la fracture, presque lisses dans les trois quarts externes de sa portion oblique, présentent, au quart interne, une petite saillie située entre deux dépressions latérales. Cette saillie s'emboîte dans une dépression correspondante du fragment supérieur. Elle répond à la ligne médiane et est située à 1 millimètre au-dessus de l'insertion des cordes vocales inférieures. Enfin, au niveau de l'endroit où la fracture change de direction on voit un petit prolongement angulaire reçu également dans une cavité correspondante du fragment supérieur.

2° *Fragment supérieur.* — A l'union du quart interne avec les trois quarts externes du bord inférieur du cartilage thyroïde commence une fracture dont la direction est en rapport avec celle déjà décrite au fragment inférieur.

Elle est verticale d'abord et s'élève suivant cette direction à un centimètre de hauteur. Là elle se bifurque. La petite branche de cette bifurcation suit la direction première et s'arrête à 3 millimètres plus haut en se perdant insensiblement dans l'épaisseur du cartilage.

La grande branche, à bords un peu sinueux, presque horizontale d'abord, présente là des inégalités qui répondent à celles du fragment inférieur. Puis elle devient oblique en haut et en dehors, à bords un peu convexes, et va se terminer au bord supérieur du cartilage thyroïde, là où nous avons vu commencer la fracture du fragment inférieur. Les cartilages aryténoïdes sont sains et ne présentent pas de luxations dans leurs articulations cricoïdiennes.

Le cartilage cricoïde est intact aussi. Les ventricules sont déchirés, surtout le droit, dont on ne trouve pas de traces par suite de la fracture du thyroïde et de l'ascension du fragment supérieur de ce cartilage. La muqueuse laryngienne présente une légère ecchymose et est recouverte par une petite quantité de sang.

Toutes les parties qui environnent le larynx sont ecchymosées; le corps thyroïde est aplati, mais il n'est pas déchiré.

L'os hyoïde est sain. La membrane hyo-thyroïdienne est saine sur la ligne médiane et sur la partie latérale droite. A gauche elle est déchirée et le cartilage thyroïde est séparé de l'os hyoïde à ce niveau.

CANCER BILATÉRAL DES TESTICULES. ÉNORME MASSE ENCÉPHALOÏDE DANS L'ABDOMEN. NOYAU CANCÉREUX DANS LE CORPS MÊME DE LA GLANDE. — Observation recueillie par M. DELAUNAY, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de trente ans, n'a jamais eu et ne porte encore aujourd'hui aucune trace d'accident syphilitique, mais depuis quinze mois il s'est aperçu que le testicule gauche grossissait et devenait douloureux. Depuis cette époque, l'accroissement de volume a été constant et graduel. Aucun traitement n'a été fait.

Le 4 février, le malade, qui est robuste et d'une forte constitution, se plaint de douleurs dans les reins et sur le trajet du cordon. Au début, les testicules étaient douloureux, comme si on les comprimait fortement; aujourd'hui cette sensation est abolie à gauche, mais elle existe à droite. L'énergie des fonctions génitales est considérablement diminuée.

On trouve à gauche une tumeur du volume d'une orange, oviforme, ne remontant pas jusqu'à l'anneau, et permettant de sentir au-dessus d'elle le cordon qui est sain.

Cette tumeur, dure en arrière, est lisse, élastique en avant, où le doigt peut, en refoulant une petite couche de liquide, arriver sur une masse solide qu'on explore plus facilement à sa partie interne. En cet endroit elle est dure, légèrement inégale à sa surface, nullement douloureuse au toucher. Nulle part on ne rencontre ni le testicule, ni la sensation qu'éveille la pression de cet organe.

A droite, le testicule est augmenté de volume, très dur, comme fibreux dans toute son étendue; sa surface est lisse, et ne présente en aucun point la consistance normale de la glande. L'épididyme et le cordon sont sains; il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

S'agit-il ici d'un sarcocèle syphilitique? L'absence de tout antécédent et de tout signe actuel d'une affection de cette nature ferait rejeter cette opinion, si, d'autre part, l'excellent état de la constitution, l'intégrité des cordons et des ganglions, l'absence de douleurs, et surtout la bilatéralité de l'affection, n'éloignaient l'idée d'un cancer, et si, d'autre part, l'absence des caractères propres aux autres tumeurs testiculaires ne ramenait à l'idée qu'il s'agit d'un double sarcocèle vénérien.

Aussi M. Gosselin donne-t-il l'iodure de potassium d'abord seul et à dose croissante, jusqu'à 5 grammes, qu'il associe au mercure; il pratique au niveau de l'épanchement une ponction par laquelle il s'écoule 250 grammes d'un liquide citrin, puis il fait une injection avec la teinture d'iode.

Malgré l'emploi de ce traitement, continué pendant six semaines, les testicules continuèrent à augmenter de volume; il fallut bien renoncer à l'idée d'nn sarcocèle syphilitique; et M. Gosselin, qui, se fondant sur les caractères physiques de la tumeur, n'avait accepté qu'avec réserve cette opinion, ne douta plus alors qu'il s'agissait là d'un cancer des testicules.

Bientôt la certitude de ce diagnostic fut complétement établie. Les testicules, qui augmentaient toujours de volume, se bosselèrent à leur surface, sans cependant adhérer à la peau, et on put sentir dans l'abdomen deux tumeurs inégales, déjà volumineuses, situées du côté gauche, paraissant avoir pour siége les ganglions lombaires.

Depuis lors les tumeurs abdominales se sont accrues avec une extrême rapidité, et le 4 avril on trouva une tumeur unique, bosselée, très dure, qui, s'étendant en bas jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par les épines iliaques antéro-supérieures, remonte en haut jusqu'à l'épigastre, qu'elle remplit, et s'enfonce sous les fausses côtes gauches, où on ne peut la suivre, et dépasse un peu à droite la ligne médiane.

Du reste, pas de douleurs dans le ventre, mais quelques vomis-

sements verdâtres qui se renouvellent pendant quelques jours seulement. Les digestions, bien qu'un peu pénibles, se font encore assez bien.

Les tumeurs scrotales croissent encore : ainsi à gauche le testicule a le volume d'un petit œuf d'autruche, à droite il est gros comme un œuf ordinaire. Du reste, pas de douleur autre que celle qui résulte du poids de ces tumeurs. Les cordons sont sains aussi loin qu'on peut les suivre.

Depuis lors l'accroissement a été à peine sensible, mais l'amaigrissement et la faiblesse ont fait de rapides progrès, si bien que le 4 juillet ce malade, si robuste il y a quelques mois à peine, ne peut plus quitter son lit; il mange à peine, et présente des alternatives de constipation et de diarrhée.

La tumeur du ventre a fait de rapides progrès; elle descend maintenant presque jusqu'au pli de l'aine, et dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane. Elle est d'une dureté extrême, bosselée, sans adhérence à la peau.

Les sarcocèles présentent quelques bosselures molles et comme fluctuantes. Le 12 juillet, le malade est pris d'une diarrhée incoercible, ses yeux s'excavent, ses traits s'altèrent, et il succombe le 18 juillet à onze heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — En ouvrant l'abdomen, on est frappé de la coloration ardoisée que présentent les intestins. L'épiploon est sain, et il faut le relever pour mettre à nu l'énorme masse cancéreuse qui occupe la moitié gauche de l'abdomen, refoule l'estomac en haut, et les intestins en bas et à droite. Cette tumeur, revêtue par le péritoine pariétal, présente en avant et incomplétement enchâssée au milieu d'elle une anse d'intestin grêle. Elle remonte en haut jusqu'au pancréas, au voisinage duquel elle adhère, et qu'on enlève avec la tumeur; elle s'étend jusqu'au rein, qu'elle entoure en partie, de manière à comprimer l'uretère qui traverse la tumeur. Le rein aminci présente un kyste formé par la dilatation des bassinets, et entouré par la substance glandulaire aplatie.

La masse cancéreuse, qui offre le volume d'une tête d'adulte, passe en arrière de l'aorte, qu'elle soulève et entoure complétement sans diminuer beaucoup son calibre. A la coupe, cette tumeur présente tous les caractères du tissu encéphaloïde fortement vas-

cularisé, ramolli, d'un rouge vineux, et présentant par places des kystes sanguins et quelques petites masses de matière jaunâtre. Dans le foie, un seul petit noyau cancéreux. En bas et à gauche, sur le trajet du cordon et au niveau de l'anneau inguinal interne, on trouve un ganglion cancéreux du volume d'une prune, et qui n'avait pas été senti pendant la vie.— Les deux cordons sont sains.

A droite, la tunique vaginale est saine et sa cavité intacte; la tumeur scrotale, dépouillée de ses enveloppes, a le volume d'un œuf; elle présente à la coupe l'aspect du tissu encéphaloïde en voie de ramollissement et vascularisé; sa moitié supérieure environ est formée par une masse de xanthose.

A la partie supérieure, et séparée du reste de la tumeur par une cloison fibreuse, on trouve une partie formant comme un cimier de casque, épaisse de près de 2 centimètres, paraissant répondre à la tête de l'épididyme, et formée par du tissu encéphaloïde plus ferme et moins vasculaire. Enfin, tout à fait à la partie inférieure, appliquée et comme aplatie sur la tumeur, on voit une couche de substance glandulaire saine qui présente $0^{m},01$ environ d'épaisseur à sa partie moyenne, qu'on décolle facilement de la masse cancéreuse, et qui remonte assez haut en arrière, où elle atteint une plus grande épaisseur. On sent alors dans son épaisseur deux noyaux d'inégal volume qui sont formés par de l'encéphaloïde, et qui sont enveloppés de toute part par la substance glandulaire. C'est là un point important et sur lequel on ne saurait trop fixer l'attention, puisqu'il prouve que le cancer peut avoir pour origine non-seulement l'épididyme ou le corps d'Highmore, mais aussi le corps même du testicule.

A gauche, la masse cancéreuse, beaucoup plus volumineuse, est grosse comme un petit œuf d'autruche; elle est entourée par des membranes d'enveloppe épaissies, et par une tunique vaginale épaissie également, mais dont les deux feuillets sont partout adhérents. (On sait que c'est de ce côté qu'a été faite l'injection iodée.) Les adhérences cependant sont assez molles pour qu'on puisse détacher facilement les deux feuillets. La tunique albuginée, saine dans une partie de son étendue, est perforée en quelques points par le cancer. A la coupe, on trouve une masse encéphaloïde d'un rouge vineux, beaucoup plus vasculaire qu'à droite, parsemée de petites masses phymatoïdes.

On trouve en avant et en bas une petite plaque très mince qui semblerait être formée par de la substance séminifère, mais c'est là un point qui n'est pas suffisamment éclairci. En arrière, on dissèque le canal déférent, qui est sain, et on trouve le corps et la queue de l'épididyme amincis et fortement aplatis sur la tumeur; mais à la partie supérieure la tête de l'épididyme, devenue cancéreuse, se confond avec le reste de la masse morbide.

Au microscope, on a trouvé des tubes séminifères sains à droite, dans le tissu qu'on regardait comme formé par le testicule aplati. A gauche, rien de semblable n'a été observé.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU. — OSTÉOMYÉLITE SUPPURÉE DU FÉMUR. — AMPUTATION DE LA CUISSE. — MORT. — Observation par M. CHALVET, interne des hôpitaux.

V... âgé de huit ans et demi, entre le 3 juillet 1860 à l'hôpital des Enfants malades. Il a toujours habité la campagne. Le début de la maladie actuelle remonte à dix-huit mois. L'enfant commença par boiter, puis la jambe se fléchit sur la cuisse et l'usage de béquilles devint nécessaire. C'est depuis quinze jours seulement que des douleurs vives se sont développées autour du genou. Deux abcès ont été ouverts avec le bistouri, l'un à la partie antéro-externe de la cuisse, l'autre au-dessous du genou, au-devant du tibia.

Le 4 juillet. — Le genou est volumineux, régulièrement arrondi, la rotule est déviée en dehors, la jambe est fortement fléchie sur la cuisse : tout mouvement de l'articulation est douloureux et toute pression exercée sur le tiers inférieur du fémur fait pousser des cris au malade. On constate sur le même point un empâtement profond.

M. Dolbeau dont l'intention première avait été de recourir à la désarticulation du fémur, sachant très bien qu'il avait affaire à une ostéomyélite, ne se décida à pratiquer l'amputation de la cuisse que d'après les conseils de M. Gosselin.

L'amputation fut pratiquée le 12 juillet, dans le tiers moyen de la cuisse, par la méthode à deux lambeaux. Ces lambeaux furent taillés avec connaissance de cause, dans des parties déjà envahies

par l'inflammation. Le couteau eut à traverser des collections purulentes. Après la section de l'os, il nous fut facile de constater la présence du pus dans le canal médullaire du moignon.

L'opération ne laissa rien à désirer comme manuel opératoire; six ligatures furent jetées sur les vaisseaux : afin de perdre le moins de sang possible l'artère fémorale fut liée avant la section de l'os. Les lambeaux furent rapprochés par des sutures entortillées.

Lorsque le malade fut bien revenu du sommeil anesthésique, il prit un peu de bouillon et quelques cuillerées de vin.

Dans la soirée plusieurs crises de défaillance nous firent craindre une syncope funeste. La face du malade était pâle et couverte d'une sueur froide et abondante; le pouls petit et d'une fréquence excessive, entre 160 et 170. Le pansement était fortement trempé par de la sérosité. Craignant une hémorrhagie dont le caillot resterait caché dans les parties profondes de l'appareil, l'interne de garde découvrit jusqu'à la plaie, et, n'ayant trouvé aucun suintement hémorrhagique, il remit des compresses propres qui ne se mouillèrent plus. — Le 13, à la visite, l'enfant parut aller un peu mieux. — Immédiatement après la visite, il est pris d'une sueur froide avec délire. — Il meurt à onze heures. La pièce anatomique examinée quatre heures après l'opération nous a permis de constater :

1° Une infiltration gélatiniforme du tissu cellulaire sous-cutané de la région du genou; 2° la présence d'un trajet fistuleux situé en avant du tibia et communiquant avec un vaste abcès étendu à la partie antérieure de cet os; 3° cet abcès communique avec la cavité articulaire pour un petit trajet placé en dehors du ligament articulaire interne; 4° en arrière, dans le creux poplité, se trouve un second abcès qui s'étend entre les muscles jumeaux et soléaire, depuis le niveau de l'articulation jusqu'à l'origine du tendon d'Achille; 5° immédiatement au-dessus de l'épiphyse inférieure du fémur, au-dessous de la terminaison inférieure du droit antérieur de la cuisse, se trouve un troisième abcès. Cette dernière collection de pus a décollé le périoste en dedans et en dehors et le liquide morbide est immédiatement en contact avec l'os.

Les muscles qui avoisinent ces foyers sont rouges sur certains points et infiltrés de graisse sur d'autres.

Au microscope on trouve les faisceaux primitifs granuleux, souvent moniliformes, avec disparition complète des stries : ils sont entourés d'une riche vascularisation veineuse. — On ne trouve pas dans leur épaisseur de traces d'exsudation plastique.

Les vaisseaux du creux poplité sont enveloppés dans une gangue dure, lardacée, criant sous le scalpel, mais ces vaisseaux n'offrent aucune altération de leurs parois. On ne trouve aucun caillot dans leur cavité.

Toutes les parties fibreuses et tendineuses concouraient également à maintenir la jambe dans la flexion. Nous n'avons pu bien étendre la jambe que lorsque les ligaments latéraux seuls sont restés pour maintenir en rapport les surfaces articulaires. La cavité articulaire était complétement sèche dans sa partie moyenne où il existait même quelques adhérences fibreuses.

Au milieu de la surface articulaire de la tubérosité interne, se trouvait une destruction du cartilage. La substance osseuse mise à nu baignait dans une collection purulente qui communiquait avec l'abcès que nous avons signalé à la face antérieure du tibia.

La même altération se rencontre sur la surface articulaire de la tubérosité externe et la face profonde de la rotule. Ce dernier os commençait à adhérer avec la tubérosité externe vers laquelle il avait subi un léger déplacement.

La synoviale ne présente aucune altération notable sur les points où elle est conservée.

Pour nous résumer, nous dirons que la cavité articulaire ne contenait aucune collection liquide, aucune trace d'inflammation récente ; tandis que l'altération cartilagineuse et osseuse, la soudure incomplète des parties centrales de l'articulation témoignaient d'une lésion essentiellement chronique et ancienne. C'est surtout du côté du squelette que les altérations nous ont paru intéressantes.

Après avoir exploré les parties molles et la cavité articulaire, nous avons constaté un décollement complet du périoste de la partie inférieure de la diaphyse du fémur. Cette membrane était séparée de l'os par une couche de pus qui communiquait avec les collections circonvoisines. Sur le point dénudé, l'os est rugueux à sa surface, gratte le doigt, mais n'est pas ramolli. On ne trouve sur cette portion du fémur aucune production osseuse nouvelle.—

Le périoste est épaissi, fortement injecté, mais il ne présente pas de traces de stalactite osseuse.

Au moment où nous avons voulu diviser le fémur par un trait de scie dans le sens de sa longueur, la diaphyse s'est séparée sans effort de l'épiphyse, et nous avons trouvé une légère infiltration de pus entre les deux parties constituantes de l'os. On peut voir que ce décollement pathologique de l'épiphyse n'a pas eu lieu à la jonction de la partie osseuse et cartilagineuse proprement dite, mais qu'une mince couche de matière osseuse est restée adhérente au cartilage. Ceci nous prouve que l'affection a marché progressivement de la diaphyse vers l'épiphyse, et qu'elle a envahi à mesure le tissu osseux qui se formait par l'ossification du cartilage épiphysaire.

Toute la partie spongieuse de cet os est infiltrée de pus qui vient sourdre par gouttelettes nombreuses, lorsqu'on presse fortement autour de l'extrémité inférieure. Le canal médullaire mis à découvert par deux traits de scie qui n'ont pas atteint son contenu, nous présente des altérations bien remarquables.

Ce qui frappe d'abord, c'est une fusée purulente qui occupe comme un axe le milieu de la moelle dans toute sa longueur. Vers la partie inférieure, on trouve deux petits foyers qui occupent la presque totalité du canal. Sur ces deux points le pus s'est substitué littéralement à la substance médullaire. Cette substance médullaire est moins altérée qu'on pourrait le croire dans un cas d'ostéomyélite suppurée. Tout autour de la fusée purulente, la moelle a conservé à peu près ses caractères physiques, elle est à peine plus rouge qu'à l'état sain.

Le microscope y fait découvrir encore beaucoup de graisse, beaucoup de globules sanguins; les médullocelles y sont moins abondants que dans les cas ordinaires d'ostéomyélite avec suppuration.

La présence facile à constater du médullocelle et du corpuscule du pus dans cette moelle, nous a fourni l'occasion de vérifier encore le procédé que nous employons pour reconnaître ces deux éléments microscopiques et les différencier l'un de l'autre.

On sait que la confusion est surtout possible entre le globule du pus granuleux et le médullocelle également granuleux, sans gros noyau apparent. Si l'on traite par l'acide acétique une préparation renfermant des médullocelles et des corpuscules de pus, on voit

très facilement les médullocelles dans leur ensemble sans se déformer, tandis que les corpuscules du pus laissent bientôt apercevoir leurs nucléoles multiples, le plus souvent au nombre de trois. De plus, la membrane d'enveloppe se dissout avec les granulations amorphes, et le corpuscule de pus se trouve converti en un petit amas de deux ou de trois nucléoles brillants.

Le médullocelle, au contraire, se dessine mieux lorsque l'acide a dissous les granulations qui masquaient son noyau ; et, lorsqu'il n'existe pas de noyau, ses contours deviennent plus distincts, la membrane d'enveloppe étant plus résistante que celle des corpuscules du pus.

Le canal médullaire paraît élargi et la paroi osseuse amincie, mais nous considérons cette disposition comme normale chez les enfants.

Une section faite avec le bistouri dans l'épaisseur de l'épiphyse nous permet de constater la présence d'une infiltration de pus dans les aréoles du tissu spongieux de la partie ossifiée de cette épiphyse. — Le cartilage détruit sur les points indiqués du côté de l'articulation n'offre rien à noter du côté de la diaphyse.

La surface articulaire du tibia est partout revêtue de son cartilage qui est cependant aminci.

Du côté du tibia nous avons trouvé les mêmes altérations que du côté du fémur, moins la purulence de la *moelle*.

Ainsi, au niveau de la tubérosité, l'os formait la paroi postérieure de l'abcès que nous avons indiqué. L'os fendu dans toute sa longueur, nous a présenté un canal médullaire très large ; dans la moitié supérieure seulement la substance médullaire, tant du canal que des aréoles du tissu spongieux, est rouge.

Le microscope y découvre peu de globules sanguins, une diminution considérable de l'élément graisseux, et une augmentation non douteuse des médullocelles. Ici la constatation de la lésion est d'autant plus facile, soit à l'œil nu, soit au microscope, que la substance médullaire a conservé sa couleur normale et sa constitution physiologique dans la moitié inférieure de l'os qui sert de point de comparaison.

Un fait digne de remarque, c'est que la substance médullaire du fémur a subi une altération moins sensible que celle de l'extrémité supérieure du tibia, bien que cette dernière ne présente pas de

traces de suppuration, et que l'os soit manifestement moins altéré que le fémur, qui présente les caractères bien tranchés d'une ostéite récente. L'autopsie nous ayant depuis permis d'étudier la partie restante du fémur, nous avons constaté que la médullite suppurée s'arrêtait en haut avec le canal médullaire. — La tête du fémur est complétement saine, l'articulation n'offre pas de traces d'une affection quelconque.

Pour nous résumer, nous dirons que cet enfant nous paraît avoir succombé à une ostéomyélite aiguë, qui s'était développée brusquement sur des parties atteintes depuis longtemps d'une affection chronique dont les principaux ravages avaient surtout laissé des traces dans les parties molles.

L'absence de productions osseuses nouvelles et d'altérations profondes des os, nous permet de croire que l'ostéomyélite actuelle ne s'est manifestée avec une grande intensité que depuis peu de temps.

XXXVe ANNÉE. - AOUT 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Fracture du rocher. — 2. Imperforation de l'anus avec communication du rectum et de l'urèthre. — 3. Ostéite de l'os iliaque. — 4. Tumeur érectile veineuse de la région temporale. — 5. Perforation tuberculeuse du poumon. — 6. Perforations intestinales. — 7. Tumeur du sein. — 8. Arthrite aiguë du coude — 9. Cancer de l'omoplate. — 10. Hernie inguinale étranglée. — 11. Hernie ombilicale congénitale étranglée. — 12. Corps étranger du péritoine. — 13. Ancienne fracture directe du crâne par un éclat de bombe. — 14. Consolidation apparente d'une fracture incomplète de la cuisse chez un rachitique.

OBSERVATIONS. — Hémorrhagie de la protubérance annulaire; pleurésie double et œdème pulmonaire à droite; péricardite et hypertrophie du cœur, maladie de Bright. Observation par L. MARTINEAU, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport de M. ÉD. CRUVEILHIER sur l'observation précédente.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire; ossification et dilatation des artères vertébrales gauche et basilaire. Observation par M. F. GUÉNIOT, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport de M. le docteur MILLARD sur l'observation précédente.

Tumeur hématique développée à la partie postérieure et moyenne du bras droit. Observation par M. ÉD. SIMON, interne des hôpitaux.

Rapport de M. le docteur TRÉLAT sur l'observation précédente.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Horteloup* présente *une fracture du rocher* sur laquelle il donne les renseignements suivants :

D... (L.), âgé de trente-six ans, peintre, a été pris, le lundi 9 avril, d'une attaque d'épilepsie, pendant qu'il était monté sur une échelle. On l'apporte à l'hôpital Necker trois heures après son accident; l'interne de garde le trouve dans l'état suivant : perte de connaissance, respiration normale, pouls lent, assez fort; en

examinant sa tête, on reconnaît une plaie contuse, large comme une pièce de 5 francs, siégeant à la partie supérieure du temporal; il y a un suintement sanguin par l'oreille gauche. — Vingt sangsues derrière les oreilles.

10 avril. Le malade a repris sa connaissance; pas de fièvre; pouls très lent, 52 pulsations; il se plaint d'un très grand mal de tête; l'oreille gauche est tapissée par de petits caillots sanguins, mais on voit dans le pavillon quelques gouttes d'un épanchement séreux très marqué; la pupille du côté gauche est contractée; pas d'ecchymose sous-conjonctivale. — Diète, compresses d'eau froide sur la tête.

11 avril. Céphalalgie très forte, pas de fièvre, pas de vomissement, pas de garderobes; l'écoulement séreux continue. — 30 gr. d'huile de ricin.

14 avril. Céphalalgie violente, délire dans la nuit; pouls plus fréquent, 84 pulsations; l'écoulement persiste très abondamment. — Saignée de 400 grammes.

A partir de ce jour, l'état du malade ne fit qu'empirer; l'écoulement ne reparut plus, et D... mourut dans la journée du mardi 17 avril.

Autopsie. — En enlevant la peau du crâne, on voit des épanchements sanguins au niveau de la plaie; le muscle crotaphite étant disséqué, on peut voir une longue fissure siégeant sur le temporal depuis le niveau de la plaie extérieure jusqu'au bas de l'apophyse mastoïde. On ouvre la boîte crânienne, en ayant soin de laisser tout le temporal intact.

Tous les vaisseaux sont gorgés de sang; il y a une méningite de la base, mais la partie la plus intéressante à étudier est le rocher qui présente une fracture très considérable.

Avant de décrire cette fracture, disons tout de suite que la dure-mère en rapport avec le temporal est décollée par un énorme caillot sanguin semblable à de la gelée de groseille.

On remarque d'abord une longue fissure dont nous avons déjà parlé, s'étendant depuis la partie supérieure du temporal; on peut la voir sur les deux faces très distinctement; elle se dirige vers la base du rocher; arrivée à ce niveau, cette fissure suit un chemin différent en dedans et en dehors.

A la partie externe, cette fente coupe l'apophyse mastoïde, con-

tourne le bord inférieur, arrive dans la rainure digastrique; elle se dirige ensuite un peu en arrière pour passer au niveau de l'insertion des muscles splénius et sterno-mastoïdien; puis elle rentre dans le crâne, elle traverse toute la face interne de l'apophyse qui fait partie des fosses latérales et postérieures du crâne, puis ensuite longe toute la base du rocher, et vient retrouver, à la face supérieure du rocher, la branche interne de la fissure que nous avons laissée.

Cette seconde portion de la fracture ou branche interne que nous avons laissée à la base de la portion pierreuse se divise en deux branches, une qui se dirige en arrière pour aller retrouver, ainsi que nous l'avons vu, l'extrémité de la fissure externe; puis l'autre branche suit la face supérieure du rocher dans la longueur de $0^m,02$; à ce niveau elle se divise en deux parties qui contournent de haut en bas et d'arrière en avant tout le corps du rocher; de cette manière, la portion pierreuse se trouve divisée en deux parties complétement distinctes par cette fracture. En faisant mouvoir l'extrémité antérieure, on voit facilement qu'elle ne tient plus à l'extrémité postérieure que par la dure-mère. Cette fracture siége au niveau de l'oreille interne dont on voit l'intérieur.

M. *Trélat*. Ce fait offre un certain intérêt, car l'on trouve ici une fracture à deux branches : l'une qui offre une direction parallèle à l'axe du rocher; l'autre qui se dirige en arrière, intéressant dans son trajet le vestibule, les conduits demi-circulaires, le limaçon, le fond du conduit auditif interne, de telle sorte que la moitié antérieure du rocher se trouve presque détachée et mobilisée sur sa base. Ce sont là deux variétés de fractures que l'on rencontre assez rarement réunies sur le même sujet. L'écoulement de sang par l'oreille, suivi d'un écoulement séreux prolongé, s'explique par la présence de cette fracture bifide.

---

2. M. *Brouardel* montre *une imperforation de l'anus avec communication du rectum et de l'urèthre*.

Un enfant est apporté, trois jours après sa naissance, au service de M. Velpeau. On a seulement remarqué depuis la veille que son anus était imperforé. On ne trouve au niveau de l'anus aucune

trace de cet orifice; seulement, le raphé du scrotum se prolonge jusqu'au niveau du coccyx. On sent à la place de l'anus une sorte de rénitence qui fait penser à M. Velpeau que le rectum est voisin de la peau du périnée; on remarque en outre que, par l'urèthre, il sort des gouttelettes de méconium. Le ventre du petit malade est gonflé, il y a eu plusieurs vomissements la veille, et les circonvolutions de l'intestin se dessinent à travers la paroi abdominale. M. Velpeau plonge un bistouri étroit au niveau de l'anus, et, après l'avoir enfoncé de 2 centimètres environ, on voit le méconium couler sur la lame du bistouri. Une injection poussée dans le rectum ressort par l'orifice et par l'urèthre; une canule est fixée à demeure dans le rectum.

Le 25, l'intestin est bien vidé; le ventre mou, mais l'enfant ne s'est pas réchauffé, et ne peut pas teter; il meurt le 26 au matin.

A l'autopsie, on constate que le rectum se termine par une ampoule, à 2 centimètres du périnée. De plus, au niveau du rectum, en avant, on voit une sorte de prolongement dans lequel un stylet peut à peine passer. Ce stylet arrive, par un trajet très étroit, sous la muqueuse de l'urèthre jusqu'à un orifice qu'il ne peut franchir facilement. Cet orifice, qui fait communiquer l'urèthre avec le rectum, se trouve à 17 millimètres du verumontanum et à 43 du méat urinaire. On ne trouve aucune trace du sphincter anal. La vessie est normale; le rectum lui est appliqué dans toute sa face postérieure, le cul-de-sac du péritoine recto-vésical ne descendant pas aussi bas qu'à l'ordinaire.

---

3. M. *Pihan* fait voir *une ostéite de l'os iliaque*, et remet la note suivante :

X..., âgé de quarante-cinq ans, sans antécédents diathésiques connus, et d'une bonne santé habituelle, frappé il y a neuf mois d'un coup violent à la région sacro-iliaque du côté droit; atteint quelque temps après d'un abcès ayant pour siége le lieu même où a porté la contusion : suppuration, dénudation de l'os iliaque, ostéite et carie de cet os; mort dans le marasme.

A l'autopsie, aucune autre lésion que celle qui siége dans l'os lui-même. L'os iliaque mis à nu offre un séquestre arrondi de la dimension d'une pièce d'un franc, occupant toute l'épaisseur de

l'os, parfaitement isolé, et comme taillé à l'emporte-pièce, situé à l'angle postérieur de la crête iliaque, et arrivant en arrière au contact direct des ligaments de l'articulation sacro-coxale, dans une étendue de quelques millimètres. Ce séquestre nécrosé est entouré par l'os iliaque carié, un peu ramolli, raréfié et très injecté; il comble à peu près exactement l'ouverture circulaire qui le contient, et malgré cela jouit d'une mobilité complète.

A partir de ce point, l'iliaque offre sur sa table externe de l'injection plus vive en certains endroits où elle prend l'aspect d'étoiles dont la couleur rouge tranche avec la coloration du reste de l'os. Son tissu est raréfié, très friable, rend un son très sec à la percussion, et se décolle avec la plus grande facilité du périoste qui le recouvre.

La table interne a disparu dans le tissu supérieur et postérieur de l'os, qui, ainsi qu'on peut le voir par l'examen de cette face interne, n'est plus formé dans toute cette partie que par sa table externe raréfiée et un peu de diploé. Du côté de l'éminence iléo-pectinée et vers le détroit supérieur, cette altération va en décroissant. Toute la crête iléo-pectinée est à peu près saine, sauf une sorte d'isthme qui est raréfiée, injectée, et établit ainsi une communication entre la lésion de l'iléum et celle que nous allons trouver à l'ischion.

Toute la partie de l'ischion qui répond à la cavité cotyloïde est très raréfiée, brunâtre, ramollie; cette altération est également très sensible dans la cavité cotyloïde, si bien qu'avec peu d'efforts on pourrait faire passer un stylet au travers de cette lame osseuse.

Malgré cette altération de l'os, les cartilages qui recouvrent et doublent les cavités articulaires sont sains, quoique se décollant facilement; la cavité articulaire et la tête du fémur sont à l'état normal; les mouvements empêchés par la contraction des muscles et l'adduction permanente du membre ne pouvaient être entravés par l'état de l'articulation.

Le muscle psoas-iliaque atrophié formait une masse lardacée incapable de tout mouvement; le périoste de la face interne de l'iliaque était en partie décollé et facilement décollable dans les points où il adhérait encore; il n'y avait pas trace d'abcès dans la fosse iliaque. Les muscles de la partie antéro-interne de la cuisse étaient atrophiés et contracturés.

Les points intéressants de cette observation sont les suivants :

1° Le coup, en frappant l'iliaque, a pu occasionner localement une commotion ou une altération, telle qu'une portion localisée de l'os se soit nécrosée et ait formé ce séquestre que nous avons indiqué, dont l'existence était évidemment antérieure à l'affection du reste de l'os, ou, chose un peu plus difficile à croire, un abcès des parties molles a pu circonscrire un point osseux aussi régulier et aussi bien limité, et le faire passer à l'état de séquestre avant que le reste de l'os ne soit malade.

2° Nous remarquerons que, malgré l'absence de diathèse ou d'affection constitutionnelle, l'ostéite s'est propagée et continuée d'elle-même, en ayant pour point de départ une lésion limitée de l'os d'où elle a irradié, et dont l'origine aurait été purement traumatique. Cependant, comme il est impossible de s'assurer d'une façon positive de l'absence d'affection primitive et de diathèse antécédente, et qu'on ne peut avoir à cet égard que des présomptions, nous n'oserions affirmer qu'une propagation aussi régulière et aussi longue de l'ostéite ait été uniquement d'origine traumatique, et nullement entretenue par un vice interne.

3° La suppuration de la face interne de l'iliaque n'a point formé de foyer sous le psoas, ni dans sa gaîne, mais a glissé le long de l'os, et est venue constamment sourdre à l'extérieur par l'étroit espace vide qui entourait le séquestre.

M. *Descroizilles*. Remarquons d'abord que ce cas est curieux sous plus d'un rapport. L'homme qui fait le sujet de l'observation était sain et vigoureux, sans diathèse aucune au moment de l'accident qui vint le frapper ; il n'offrait à l'autopsie aucune lésion viscérale ; il a succombé entièrement au marasme dû à une longue suppuration. Mais comment la nécrose s'est-elle produite avec tant de facilité chez un sujet bien portant, et qui n'a été soumis qu'à une cause traumatique en apparence assez légère ? Il faut croire qu'une périostite locale s'est d'abord développée sans causer d'accidents appréciables à l'extérieur, et qu'elle a pu arriver à la suppuration sans déterminer de troubles fonctionnels sérieux. Mais, tandis que le pus se faisait jour à l'extérieur, l'os lui-même était attaqué à son tour ; les couches superficielles, atteintes d'abord, se mortifiaient sous l'influence d'une dénudation limitée, et cette mortification

toute locale était le point de départ d'un état phlegmasique du reste de l'os et consécutivement d'une raréfaction de tissu. Mais l'élimination de la portion nécrosée ne pouvait se faire sans produire une abondante suppuration, et cette suppuration seule semble avoir produit la mort. Faut-il admettre, comme M. Pihan l'a fait, que le malade était exempt de toute disposition strumeuse ou de tout antécédent syphilitique? L'observation donne sur la question d'étiologie d'assez nombreux détails ; mais peut-être l'observateur a-t-il été trop exclusif dans son appréciation, et peut-être doit-on apporter quelque restriction à son jugement, car il est assez rare de voir une simple contusion entraîner une périostite d'abord ou du moins une phlegmasie des parties profondes et voisines de l'os, puis une altération de l'os lui-même, et enfin une nécrose avec suppuration qui entraîne le marasme et la mort, et si de pareils faits se produisent, c'est en général sur des sujets préalablement débilités, ou du moins présentant quelque vice constitutionnel ; le contraire ne doit être admis qu'avec la plus grande réserve et en conservant toujours un point de doute.

---

4. M. *Launay* met sous les yeux de la Société *une tumeur érectile veineuse de la région temporale.*

Madame M..., concierge, cinquante ans, a toujours été bien portante ; les règles ont toujours été régulières jusqu'au mois d'octobre dernier, époque à laquelle, à la suite d'une perte assez abondante, elle a cessé de voir. Il y a douze ans, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur grosse comme un petit pois dans la région temporale droite ; elle était indolente et sans changement de couleur à la peau. Ses progrès furent lents et réguliers ; quand elle eut acquis le volume d'une noisette, elle commença à devenir le siége de douleurs lancinantes peu intenses, dont l'apparition coïncidait surtout avec les époques menstruelles et les changements brusques dans la température. En même temps, la petite tumeur paraissait augmenter de volume, la peau qui la recouvrait était alors plus tendue. Elle alla ainsi en s'accroissant régulièrement jusqu'au mois d'octobre dernier, époque où (comme on l'a vu plus haut) les règles s'arrêtèrent. A ce moment, la malade assure que le volume de la tumeur s'est accru rapidement, et elle a acquis en peu de

temps celui que l'on constate aujourd'hui. Les douleurs lancinantes reparurent, et la peau se tendit fortement. Cependant les douleurs que la malade éprouve ne sont jamais bien vives, et c'est le volume seul de la tumeur qui la décide à se la faire enlever.

Elle entre dans ce but à l'hôpital : la tumeur occupe la tempe droite, elle repose en bas sur l'apophyse zygomatique. Son volume est celui d'un œuf de poule aplati ; assez régulièrement arrondie, déprimée de dehors en dedans, elle repose sur une base large. Son diamètre vertical l'emporte un peu sur le diamètre antéro-postérieur ; mobile sous les téguments, elle offre dans sa partie moyenne au doigt qui la presse une sensation de fausse fluctuation, sensation assez analogue à celle que donnerait un lipome. La peau qui la recouvre a sa coloration normale. Auscultée avec soin, la tumeur n'est le siége d'aucun bruit de souffle ni de frémissement ; elle n'offre pas non plus traces de pulsations, elle n'est actuellement le siége d'aucune douleur.

Le 9 août, M. Huguier procède à l'extirpation de cette tumeur. Une incision verticale est faite sur sa partie médiane, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; les téguments sont disséqués, et l'on découvre au-dessous d'eux l'aponévrose temporale blanche, nacrée, tendue. Une ponction est faite avec le bistouri au milieu de la tumeur à travers l'aponévrose ; elle donne issue à un jet de sang noir qui s'arrête bientôt. L'aponévrose est coupée à son tour ; M. Huguier en fait une dissection attentive et met ainsi à découvert une tumeur molle, noirâtre, qu'il arrache avec ses doigts sans trop de peine en incisant avec le bistouri ; quelques brides celluleuses sur cette tumeur adhéraient au muscle temporal par un tissu cellulo-fibreux d'un blanc nacré qui néanmoins la laissait assez facilement décoller.

La tumeur enlevée était de couleur noirâtre, violacée, d'une mollesse toute spéciale ; elle était enveloppée d'une couche mince de tissu cellulaire au-dessous de laquelle était sa membrane propre, lisse et luisante ; régulièrement arrondie, elle présentait seulement à sa partie inférieure deux petits mamelons sessiles, dont l'un s'enfonçait légèrement sous l'arcade zygomatique. Une incision faite dans cette tumeur donna lieu à un écoulement abondant de sang noir qui diminua notablement son volume. Cette incision permit de constater qu'elle était formée d'un tissu aréolaire

assez semblable à celui du corps spongieux de l'urèthre; des mailles très fines circonscrivaient de petites cellules paraissant communiquer entre elles et gorgées de sang veineux. De la partie profonde de la tumeur partait une sorte de tranche de tissu fibreux d'un blanc nacré et très résistante d'où partaient en divergeant dans tous les sens des ramifications qui, par leurs entrecroisements, circonscrivaient les aréoles de ce tissu. La membrane propre paraissait se continuer avec les parois de ces cellules. Il était impossible de la détacher sans déchirer ces vacuoles et donner lieu à un écoulement de sang veineux. On ne trouve aucune trace de pédicule vasculaire. L'opération a nécessité seulement la ligature de deux petites artères cutanées.

Note de M. Gubler sur la tumeur. — La tranche de la tumeur temporale qui m'a été remise par M. Huguier offrait tous les caractères d'un tissu érectile analogue à ceux de l'appareil génital. Au microscope on reconnaissait dans les nombreux canaux qui traversaient ce tissu des globules sanguins, et dans ces parois les diverses couches qui entrent dans la structure des vaisseaux sanguins eux-mêmes. L'élément musculaire se faisait remarquer par son abondance. Il était représenté par des stratifications de fibres contractiles lisses, décomposables en éléments fusiformes allongés, munis d'un noyau elliptique, offrant tous les caractères des fibres-cellules musculaires constatées dans les muscles de la vie organique

---

M. *Almagro* présente :

5. A. *Une perforation du poumon gauche chez une femme tuberculeuse.* Il remet la note suivante : X..., âgée de dix-huit ans, offrait depuis six mois tous les signes fonctionnels de la tuberculisation pulmonaire, hémoptysies, amaigrissement, faiblesse, etc. Le 20 février, elle entre dans le service de M. Bernutz, à la Pitié.

Comme signes physiques, on trouve seulement la respiration un peu rude à gauche, et l'expiration prolongée dans ce même poumon; pas de craquements, ni souffle, ni gargouillement. On établit un traitement palliatif, et la malade va assez bien jusqu'au 28 février. Ce jour, à dix heures du matin, elle est prise subitement de

dyspnée considérable, pâleur remarquable ; elle ne peut pas rester couchée. Plus tard, elle devient violacée, et à six heures du soir elle meurt.

A l'*autopsie*, nous avons trouvé seulement des altérations dans le poumon gauche. Ces altérations consistaient dans la présence d'une grande quantité de petits tubercules non ramollis et disséminés dans le quart supérieur du poumon. Vers la partie postérieure et supérieure de cet organe existait une perforation d'un centimètre de diamètre, à bords très réguliers, non ulcérés ni déchiquetés. Cette perforation communiquait par un trajet fistuleux de 2 centimètres de longueur avec une cavernule comme une grosse noisette qui existait vers la partie postérieure du poumon.

---

6. B. *Des perforations intestinales à la suite de fièvre typhoïde.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation n'est resté dans les salles que quelques heures, il est arrivé à deux heures de l'après-midi avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë ; à six heures il est mort. Les antécédents que nous avons pu obtenir nous font croire qu'il était au trentième jour d'une fièvre typhoïde.

A l'*autopsie*, on a trouvé quatre plaques de Payer altérées. De ces quatre, deux étaient perforées complétement et avaient donné passage aux matières fécales de la cavité du péritoine. Les deux autres étaient ulcérées, et déjà la muqueuse et la tunique musculeuse n'existaient plus. Le diamètre de ces perforations était d'un centimètre. Tout le reste de l'intestin était sain.

---

7. M. *Lancereaux* montre une *tumeur du sein* constituée par une trame fibreuse, des *myéloplaxes* et quelques cellules pigmentaires ; il donne les détails suivants :

La nommée C..., âgée de quarante-six ans, blanchisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Laugier, le 29 octobre 1859, pour s'y faire traiter d'une tumeur du sein. C'est une femme d'une taille ordinaire, d'une force moyenne, qui a toujours joui d'une assez bonne santé. Elle ne porte sur le corps aucune trace d'un état diathésique quelconque, à part l'affection qui l'amène à l'hôpital. Son teint est pâle, légèrement jau-

nâtre; son caractère irritable, emporté; elle est très amaigrie, nullement infiltrée.

Il y a huit mois qu'elle a reconnu l'existence d'une petite tumeur siégeant à la partie inférieure du sein droit. Cette tumeur augmenta progressivement de volume, mais en même temps elle se ramollit et s'ulcéra. Irrégulière, mamelonnée et presque aussi volumineuse que le poing, elle envahit environ les deux tiers de la mamelle; sa consistance est inégale, à côté de points durs et résistants s'en rencontrent d'autres beaucoup plus mous, quelques-uns même sont fluctuants. La peau qui la recouvre est sale, violacée, en grande partie adhérente, et traversée par plusieurs trajets fistuleux qui laissent suinter un liquide jaunâtre, sanieux, renfermant en abondance des leucocythes granuleux. Il y a environ deux mois, au dire de la malade, que ces trajets se sont formés à la suite de l'ouverture spontanée de quelques kystes ou portions ramollies qui auraient tout d'abord fourni un liquide séro-sanguinolent, puis ensuite un pus séreux et assez abondant. Outre ses adhérences à la peau, la tumeur en contracte encore avec les parties profondes, ce qui la rend à peu près complétement immobile. Elle s'arrête vers le mamelon, qui n'est ni déprimé, ni adhérent. Elle est le siége de douleurs lancinantes, sans exacerbations nocturnes. Dans l'aisselle correspondante, on trouve deux tumeurs ganglionnaires assez fermes, non adhérentes entre elles. La malade prétend, peut-être à tort, qu'elles existent depuis son jeune âge.

Les autres organes, examinés avec soin, n'offrent pas la moindre trace d'altération. Il faut dire, cependant, que la malade tousse un peu, mais l'examen des sommets des poumons ne révèle aucun signe qui permette de croire à l'existence d'une lésion anatomique. La circulation se fait bien; on constate cependant un léger souffle anémique. Quant aux fonctions digestives, elles sont à peine troublées, malgré l'état cachectique de la malade.

En présence d'une affection de ce genre, ma première impression me porta à diagnostiquer un cancer de la mamelle. Toutefois, je dois le dire, mon savant maître, M. Laugier, ne partagea pas mon opinion, et dans une brillante leçon faite à ce sujet il repoussa l'idée d'un cancer. L'étude micrographique de la tumeur lui donna raison, à moins qu'on veuille ranger sous le nom de

cancer des tumeurs dont la constitution anatomique ne serait pas toujours identique ; mais alors le mot cancer aurait une signification générique et non spécifique.

C'est le 5 décembre que M. Laugier opéra la malade, qui jusque-là n'avait rien présenté de particulier. Une incision fut d'abord pratiquée, de façon à permettre l'intégrité et la conservation du mamelon. Ce dernier fut disséqué en partie, puis relevé, et la tumeur fut enlevée sans grande difficulté.

Examinée à l'œil nu, elle paraît formée d'un ensemble de tumeurs assez petites du volume d'un œuf de pigeon au plus, unies très intimement par du tissu cellulo-fibreux. La plupart d'entre elles sont constituées par un tissu ferme, résistant, d'un blanc clair, légèrement transparent, assez semblable au fibro-cartilage. On remarque quelques points noirs qui tranchent sur la teinte grisâtre du reste de la tumeur. D'après l'examen microscopique fait par M. Robin et par moi, sa structure serait la suivante :

1° Une trame fibreuse peu abondante ;

2° De nombreux éléments dits myéloplaxiques ou de la moelle des os : ces éléments sont très volumineux, et leurs nombreux noyaux possèdent, pour la plupart, un nucléole brillant et jaunâtre ;

3° Les cellules pigmentaires en petit nombre : c'est à elles qu'est due la teinte noire que nous avons signalée ;

4° Des granulations moléculaires graisseuses très abondantes dans certains points, déjà en voie rétrograde.

La plaie assez large qui résulta de l'opération se cicatrisa assez rapidement, sans qu'il survînt la moindre complication ; toutefois, quinze jours environ après l'opération, il parut sur la lèvre de la plaie qui tenait au mamelon une petite saillie qui fit craindre une récidive. Je fis l'examen d'une portion que j'excisai, et je n'y trouvai que les éléments du tissu cicatriciel. Le 2 janvier, néanmoins, M. Laugier enleva cette nouvelle petite tumeur, et la malade put sortir le 10 ; sa santé générale était meilleure, et la plaie presque complétement cicatrisée.

Je la revis le 12 mars 1860. Il restait un point d'induration sur la cicatrice ; les ganglions de l'aisselle m'ont paru plus durs et comme confondus en une seule masse. La malade souffrait quand elle essayait de lever le bras. La santé générale, cependant, se trouvait très améliorée ; à l'amaigrissement et à la teinte cachec-

tique avaient succédé un embonpoint modéré et la coloration d'une teinte à peu près normale.

Le grand désir de savoir s'il y aurait récidive chez cette malade m'a fait retarder la publicité de ce fait, que je crois curieux, sinon important, puisque la science ne paraît pas, jusqu'à présent, en avoir enregistré du même genre.

Si les myéloplaxes se rencontrent fréquemment dans les tumeurs des os, comme le démontre une excellente thèse soutenue récemment devant la Faculté, il faut dire que M. Robin est le seul qui les ait signalés ailleurs; c'est dans des tumeurs de la cornée et de la sclérotique que ce savant micrographe les a trouvés.

---

8. M. *Pihan* présente *une arthrite aiguë du coude.*

Un homme de trente-deux ans, vigoureux et d'une bonne constitution, n'ayant point dans sa famille d'antécédents morbides, n'ayant offert lui-même ni accidents scrofuleux, ni accidents de syphilis; boulanger, s'acquittant de ses travaux sans aucune gêne, tombe sur le bord d'un coffre, et se contusionne le coude gauche. Trois jours après, il entre à l'hôpital offrant les signes d'une contusion avec épanchement dans l'articulation du coude. Mouvements presque impossibles et très douloureux; gonflement du coude et légère ecchymose; saillie des deux arrière-cavités synoviales au niveau de l'olécrâne (5 mai 1860). Traité par le repos, les vésicatoires, puis par la compression, il n'éprouve aucune amélioration.

Au bout de trois semaines, le coude offrit un engorgement dur et œdémateux des parties molles périphériques. Un abcès se forma au niveau de l'épitrochlée; il fut ouvert, et donna issue à une abondante quantité de pus. Cette poche, loin de se cicatriser, devint fistuleuse, et un érysipèle s'étendit à tout le bras et l'avant-bras. Formation d'abcès multiples qui se cicatrisent, excepté deux collections volumineuses ayant l'articulation huméro-cubitale pour siége. Disparition de l'érysipèle; les parties qui entourent l'articulation restent fortement tuméfiées; les trois poches purulentes suppurent abondamment et donnent un pus sanieux. Fièvre quotidienne à exacerbation le soir; un stylet introduit par l'ouverture des abcès pénètre jusque dans l'articulation. L'amputation devient

nécessaire, et est pratiquée deux mois et demi après la chute qui a été le premier début des accidents (23 juillet).

Examen anatomique de la pièce. — Tissus qui entourent le coude très infiltrés, lardacés, d'un volume très considérable, offrant plusieurs trajets fistuleux, purulents, qui conduisent jusque dans l'articulation. Les ligaments ramollis, rompus en avant, se distinguent à peine du tissu mollasse infiltré de pus et de sérosité, et du tissu lardacé, qui englobent de toutes parts l'articulation. Celle-ci est ouverte, et communique librement avec le dehors par les fistules que nous avons indiquées. La cavité articulaire est pleine d'un pus brunâtre, d'odeur nauséabonde, qui imprègne des fongosités molles, très saillantes, formant une masse assez volumineuse. Un simple grattage avec le manche du scalpel enlève ces fongosités, qui font partie de la synoviale; elles existent sur les surfaces articulaires mêmes de l'os, et ont envahi les parties qui normalement sont uniquement recouvertes par le cartilage. Leur coloration est foncée et très injectée.

Sur ces fongosités nous trouvons les cartilages articulaires disparus en grande partie, mais formant encore sur la tête humérale et le crochet du cubitus des festons blancs, qui tranchent avec la couleur de l'os dénudé dans tout le pourtour de la partie articulaire. Cette portion de cartilage subsistante est dépolie, reposant sur un os très raréfié dont on peut facilement la détacher, et ayant perdu son élasticité. La trochlée humérale est affectée d'ostéite avec forte injection, raréfaction extrême. Dans la partie articulaire, où les cartilages ont disparu, les fongosités s'implantent sur l'os même aussi altéré. Cette lésion remonte à 3 centimètres au-dessus de la cavité de réception de l'olécrâne. La cupule du radius offre identiquement le même aspect; son cartilage articulaire n'est conservé qu'à son pourtour. Il en est de même de l'arc articulaire de l'olécrâne, dont les rebords offrent encore, dans quelques millimètres d'étendue, le cartilage ramolli. Un fort faisceau vasculo-celluleux part de cette surface malade, offre une certaine résistance, et va s'implanter dans les fongosités qui remplissent l'articulation. La lésion s'étend sur ces deux os jusqu'au niveau du collet qui supporte leur tête articulaire.

M. *Launay* fait voir un *cancer de l'omoplate* et remet sur ce cas l'observation suivante :

L...., âgé de cinquante-cinq ans, chaudronnier, est fort, bien musclé, tout son extérieur dénote une bonne constitution. Il a toujours joui d'une bonne santé, pas d'antécédents de syphilis, il a seulement eu, il y a une trentaine d'années, une chaudepisse peu intense.

La maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, remonte à huit ans environ, et déjà il y a quatre ans il a subi une opération. A cette époque il entra dans le service de M. Robert pour une tumeur volumineuse, indolente, ayant mis quatre ans à se développer et dont la cause lui était inconnue. Cette tumeur, non ulcérée, occupait la région du dos au point correspondant à la fosse sous-épineuse du scapulum, elle paraissait appartenir à cet os avec lequel elle faisait corps. On diagnostiqua un kyste logé entre les deux lames de l'omoplate, et après une ponction exploratrice faite par M. Robert, l'ouverture de ce kyste fut faite par M. Huguier. Il en sortit une grande quantité de liquide sanieux mêlé de sang et de fongosités. — Cette petite opération eut des suites aussi peu graves que possible. Ce malade eut peu de fièvre, il y eut à peine perte de l'appétit. La tumeur avait notablement diminué de volume, les jours suivants on fit dans la cavité des injections iodées et on y entretint des mèches enduites de cérat. On fit ainsi dix injections d'iode après lesquelles on en fit avec de l'eau de guimauve et de l'eau chlorurée. — Il sortit de l'hôpital six semaines après son opération. La tumeur avait notablement diminué, mais l'ouverture donnait encore issue à un liquide sanieux. Il continua à se soigner chez lui; il se fit des injections avec de l'eau et du vin. Il pouvait néanmoins vaquer à ses travaux. Ce n'est qu'un an après sa sortie de l'hôpital que la petite plaie se cicatrisa complétement; il ne resta plus qu'une petite tumeur dure, indolente, faisant corps avec l'omoplate.

Cette petite tumeur qui ne lui causait aucune gêne, demeura absolument dans le même état jusqu'aux premiers jours du mois d'avril de cette année. — En travaillant, il heurta violemment sa tumeur contre un mur, et ressentit au moment du choc une vive douleur qui, loin de se calmer, augmenta au contraire d'intensité les jours suivants. Elle prit bientôt un caractère lancinant. En

même temps la tumeur grossit rapidement. La peau qui la recouvrait devint rouge et luisante. Un petit bouton, une petite élevure se montra bientôt sur le point culminant de la tumeur et devint le point de départ d'une ulcération. — Le malade attribue la formation de son ulcération au frottement de ses habits, car il avait continué à travailler, se contentant d'appliquer sur la partie malade des compresses imbibées d'eau de guimauve.

Le 7 mai 1860, il entre à l'hôpital. La tumeur atteint presque le volume du poing, elle est irrégulière, un peu bosselée, offrant dans certains endroits une dureté squirrheuse et dans d'autres une fausse fluctuation. Elle occupe toute la fosse sous-épineuse de l'omoplate et repose sur une large base. Elle est fortement adhérente à l'os, et les mouvements peu étendus qu'on peut lui imprimer se transmettent à l'épaule. La base a dans tous les sens un diamètre de 10 centimètres à 10 centimètres 1/2; la peau qui la recouvre est violacée et comme marbrée, elle est fortement adhérente. A la partie supérieure de la tumeur on constate l'existence d'une ulcération large de 3 centimètres 1/2, à bords arrondis et saignants. De cette ulcération sort une fongosité rouge et charnue; au-dessous de cette fongosité est une ouverture fistuleuse par laquelle s'écoule continuellement une sérosité roussâtre et fétide. Les bords de l'ulcération et le fongus qui en sort sont imbibés du même liquide sanieux. Un stylet introduit dans l'ouverture fistuleuse pénètre à une profondeur de 10 centimètres 1/2, au milieu de tissus mous et fongueux qui semblent se déchirer avec la plus grande facilité. Le stylet pénètre au-dessous du scapulum, car, avant d'arriver à cette profondeur de 10 centimètres 1/2, on le sent arrêté quand on le dirige obliquement de dehors en dedans par une surface osseuse dénudée, et sur laquelle le choc de l'instrument rend un son sec comme celui qu'on obtient en percutant un os nécrosé. Le stylet rencontre, avant de pénétrer aussi loin, des fragments osseux morbides et qui paraissent complétement détachés de l'omoplate. Cette exploration à l'aide du stylet n'est pas douloureuse, elle détermine assez facilement un écoulement de sang abondant. La tumeur est complétement indolente, elle n'a jamais fait souffrir le malade; il se porte bien, il a bon appétit et pas de fièvre.

Opération le 31. — La tumeur est circonscrite par une incision

circulaire qui comprend toute la peau altérée et adhérente ; puis la base de la tumeur est disséquée et toute la masse est enlevée. Mais au-dessous d'elle se trouve un amas de fongosités rouges et saignantes, mêlées de fragments osseux, adhérentes à la base profonde du scapulum et remontant dans l'épaisseur de l'os entre les deux feuillets de l'épine. Il faut, en outre, reséquer avec le sécateur de nombreux fragments d'os nécrosés ; avec une gouge et une curette on racle ces fongosités et l'on crève ainsi une cavité profonde dans l'épine de l'omoplate. Après avoir enlevé le plus possible de ces tissus fongueux, et qui sont évidemment comme toute la masse de la tumeur, de nature encéphaloïde, on cautérise fortement avec le fer rouge toute cette surface saignante. Il a fallu au commencement de l'opération lier de nombreuses artères.

On bourre toute cette cavité avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer, on rapproche légèrement avec quelques bandelettes les deux bords de la plaie, et l'on fait un pansement simple.

Le 1er juin on renouvelle le pansement ; le malade ne va pas mal, peu de fièvre. Bouillons, potages.

Le 2, un peu de fièvre. Il a bien dormi. On enlève les boulettes et l'on cautérise toute la surface avec du nitrate acide de mercure. Pansement comme le jour de l'opération.

Le 6, le malade a eu pendant la nuit des sueurs abondantes ; il a eu peu de diarrhée ; il se sent plus faible. Potion : alcoolature d'aconit, 3 grammes. — La plaie bourgeonne vivement, mais les bourgeons sont blafards, fongueux ; on sent manifestement que la coque osseuse remonte jusque sous le sommet de l'omoplate. Le 8, nouvelle cautérisation au nitrate acide de mercure. Le 10, cautérisation au fer rouge. L'état général est assez bon, la plaie se couvre toujours rapidement de bourgeons fongueux. Le 14, nouvelle cautérisation au fer rouge, suppuration abondante et fétide, appétit conservé. Le 20, nouvelle application du fer rouge. Depuis cette dernière cautérisation, la plaie a toujours continué à se couvrir de bourgeons fongueux saignant au moindre contact. Suppuration abondante, écoulement continuel de sanie fétide. La fièvre hectique s'empare du malade ; une diarrhée incoercible l'épuise de jour en jour. Il meurt le 10 août.

Autopsie. — La plaie est recouverte d'un énorme champignon de fongosités molles, blafardes, saignantes, qui, au moindre contact, se déchirent : elles forment une sorte de bourrelet irrégulier, au centre duquel est une cavité pleine de pus qui remonte jusque dans la cavité creusée dans l'épaisseur de l'os. Elle est tapissée par une membrane pyogénique fort épaisse. Ce pus est sanieux, noirâtre, d'une grande fétidité. Après avoir enlevé les fongosités et mis à nu l'omoplate, on constate une solution de continuité considérable de l'os. Cette solution de continuité forme une grande échancrure commençant au niveau de la base de l'épine du scapulum, et se terminant sur son bord spinal : elle a 9 centimètres de haut sur 6 de large. Les deux lames de l'os sont complétement détruites et laissent voir les parois thoraciques recouvertes d'une fausse membrane épaisse qui constituait une des parois de la collection purulente dont il a été question plus haut. Cette échancrure se continue en haut avec une cavité profonde creusée dans l'épaisseur de l'omoplate, entre ses deux lames, qui sont fortement écartées ; elle se prolonge dans l'épaisseur de l'épine du scapulum et de l'angle supérieur et interne de cet os. Cette cavité anfractueuse, irrégulière, communique avec une grande quantité de vacuoles dont se trouve creusée la substance spongieuse de l'os. Ces vacuoles sont pleines de matière fongueuse, cérébriforme, qu'un filet d'eau suffit pour dissocier et faire sortir de ces petites cavités. Toute la partie supérieure de l'os est déformée, tuméfiée ; dans beaucoup de points le périoste épaissi se détache facilement ; l'angle interne et supérieur du scapulum est arrondi, mamelonné, fortement augmenté de volume. Il en est de même de la base de l'épine. Dans tous ces points, le tissu osseux se laisse couper avec facilité ; il est noir, gorgé de sang et de matière sanieuse. L'acromion, la cavité glénoïde et son col, l'angle inférieur et le bord axillaire sont sains ; en enlevant le scapulum, on constate que le muscle sous-scapulaire est décollé de l'os, les fibres sont dissociées, ramollies ; entre la face osseuse et la fosse sous-scapulaire, dont elle est détachée, on constate l'existence d'une cavité pyogénique qui se continue avec la collection purulente dont il a déjà été parlé. Le périoste de la fosse sous-scapulaire est épaissi, dans beaucoup de points il est détaché et laisse à nu l'os malade. Ces muscles, qui s'insèrent sur l'omoplate, sont altérés, pâles, dissociés, ramollis. Rien d'anor-

mal n'est constaté dans les autres points du corps, si ce n'est un état exsangue de tous les organes.

Examen microscopique des fongosités : 1° corpuscules granuleux avec un noyau (cellules d'encéphaloïde); 2° corpuscules granuleux sans noyau ; 3° cellules oblongues, véritables éléments fibroplastiques ; 4° globules sanguins et granulations amorphes.

Fausse membrane tapissant la poche. La trame est formée par un état fibroïde sans trace d'organisation. Dans ce feutrage fibroïde sont disséminés des corpuscules tels qu'on en trouve dans toute fausse membrane. On y voit aussi beaucoup de matière hématique.

---

10. M. *Warenghen* met sous les yeux de la Société une *hernie inguinale étranglée.*

C... (L.), cultivateur, âgé de soixante-six ans, entre à l'hôpital Necker le 8 mai 1860, pour s'y faire traiter d'un calcul vésical.

Il porte depuis longtemps une hernie inguinale gauche, qu'il maintient avec un bandage, et cette hernie étant sortie dans la soirée du 9 juin, pendant les efforts que fit le malade pour uriner, je fus appelé pour la réduire. A l'aine gauche existe une tumeur dure, sortie depuis une heure, de la grosseur d'un œuf de poule, engagée dans l'anneau inguinal externe, et offrant tous les caractères d'une hernie. Le ventre est douloureux, un peu tendu; envies de vomir.

Après trois ou quatre minutes d'un taxis léger, la tumeur se réduit graduellement et sans gargouillement, et le malade se trouve un peu soulagé. Une heure après cette réduction, la tumeur n'a pas reparu, mais la douleur abdominale et les envies de vomir persistent. Dans la nuit, ces douleurs augmentent, et le lendemain tous les symptômes d'un étranglement intestinal se manifestent : constipation opiniâtre, malgré les purgatifs et les lavements; vomissements de matières fécaloïdes, ventre ballonné très douloureux, pouls filiforme, hoquet, et enfin le malade succombe le 11 juin.

Autopsie. — L'anneau inguinal externe est parfaitement libre

d'un côté comme de l'autre, et l'on peut y engager l'extrémité du doigt; on ne sent aucune tumeur à l'aine.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve d'abord une péritonite caractérisée par la rougeur du péritoine et la présence d'un peu de liquide dans cette séreuse.

L'anneau inguinal interne est libre, et ne présente rien d'anormal; mais, à 2 centimètres en dedans de cet anneau, et au-dessus du ligament de Fallope, se voit un orifice au travers duquel s'engage une anse intestinale, et, au côté interne de cet orifice, une tumeur qui soulève le péritoine et s'étend derrière le pubis et le bord externe du muscle droit; cette tumeur n'est autre chose que la hernie elle-même, qui s'est creusé, entre le péritoine et la paroi abdominale antérieure, une loge où elle a été étranglée par le collet du sac. La constriction porte d'ailleurs sur la partie inférieure de l'intestin grêle, à 20 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale; au-dessus de ce point, l'intestin est distendu, injecté; au-dessous il est affaissé et revenu sur lui-même.

On comprend, d'après ce siége de la tumeur herniaire, combien il serait difficile, dans les cas de ce genre, de poser un diagnostic précis, et d'aller lever l'étranglement.

En disséquant ces parties avec soin, on voit que le sac herniaire, qui est un prolongement du péritoine, a une direction presque transversale de dehors en dedans; qu'il est situé entre le péritoine d'une part, les muscles transverse, petit oblique, grand oblique, grand droit et le pubis d'autre part; qu'il est entouré de tous côtés par une lame cellulo-fibreuse à laquelle il adhère intimement, et dont on doit le séparer par la dissection. Cette membrane cellulo-fibreuse est constituée par les éléments du *fascia transversalis* qui s'est condensé autour de la hernie pour lui former une enveloppe. Les adhérences du sac aux parties voisines et l'organisation de cette membrane sont évidemment le résultat d'un travail ancien, et ne permettent pas d'expliquer ce fait par un décollement récent du péritoine et une réduction en masse. Le collet du sac, situé à 2 centimètres en dedans de l'anneau inguinal interne, et correspondant directement à l'anneau externe, est fortement resserré sur l'anse intestinale herniée; son fond, dirigé vers le muscle grand droit, répond à la face postérieure de ce muscle et de la symphyse du pubis, et descend ainsi jusqu'au sommet de la vessie. Sa face

antérieure répond, dans sa portion externe, à la paroi postérieure du canal inguinal et à l'anneau inguinal externe ; cette paroi postérieure du canal est déprimée, refoulée à travers l'anneau inguinal même, et forme un cul-de-sac dans lequel on engage facilement le doigt, et qui reçoit sans doute la hernie lorsqu'elle se porte de ce côté. Enfin, le sac péritonéal étant ouvert, on y trouve une anse intestinale étranglée, de la longueur de 8 à 10 centimètres, et d'un rouge brun très foncé. Nous regrettons de n'avoir pu déterminer les rapports de la hernie avec les artères épigastrique et ombilicale. Ainsi les symptômes de l'étranglement ont ici persisté après la réduction, et lorsqu'aucune tumeur n'était plus sensible au pli de l'aine. Que s'est-il donc passé ? Voici l'interprétation que nous croyons devoir donner de ce fait : il existait primitivement une hernie directe ; celle-ci, refoulée par la pression du malade et par le bandage, a décollé graduellement le péritoine, et s'est creusé sous cette membrane une loge avec laquelle le sac a contracté des adhérences intimes. Lorsque l'intestin s'engageait dans ce sac, celui-ci était bridé en partie par les fibres tendineuses du grand oblique, et en partie il faisait saillie à l'anneau inguinal externe. C'est dans une de ces circonstances que nous sommes intervenu, et, soit que nous ayons réduit une portion de l'intestin, soit que nous l'ayons repoussé tout entier dans la partie sous-péritonéale du sac, l'étranglement a persisté et a amené la mort.

---

11. M. *Launay* présente une *hernie ombilicale congénitale* ayant déterminé la mort par étranglement chez un enfant nouveau-né qui a été apporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, le 31 juillet 1860, à sept heures et demie du matin.

C'était une petite fille maigre, chétive, portant sur son visage des traces de souffrance qui lui donnaient cet aspect caractéristique qui fait ressembler un peu ces enfants à de petits vieillards. Née la veille dans la journée, elle avait été prise, peu de temps après sa naissance, de vomissements répétés qui s'étaient succédé pendant toute la journée et la nuit. Elle avait rendu son méconium en assez grande abondance. La mère lui avait donné à plusieurs reprises du lait mêlé d'eau, mais elle avait tout vomi. Cette enfant était, lors de son entrée à l'hôpital, dans un état très grave ; elle

faisait, à intervalles fréquemment répétés, des efforts de vomissement, et rejetait ainsi par petites quantités un liquide jaunâtre mêlé de grumeaux de lait caillé.

Elle présentait au niveau de l'ombilic une tumeur du volume d'une petite pomme, régulièrement arrondie, et se terminant par le cordon, qui paraissait se continuer avec elle. Cette tumeur était d'une couleur jaunâtre non-transparente; elle avait pour enveloppe, dans la plus grande partie de son étendue, la membrane du cordon qui se prolongeait sur elle. A sa base, elle était circonscrite par un bourrelet cutané, évasé en entonnoir, et se continuant avec la peau de l'abdomen Cette tumeur était irréductible.

Pendant toute la journée du 31 juillet la petite fille ne cessa de vomir; on lui donna à plusieurs reprises du lait coupé, mais chaque fois qu'elle avait bu, les efforts de vomissement se manifestaient plus violents, et elle rejetait le lait en grumeaux nageant dans un liquide jaunâtre. Elle s'affaiblit de plus en plus, et le lendemain matin sa face grippée, son air de souffrance, un hoquet continuel, qui avait commencé le matin, tout annonçait qu'elle n'avait pas longtemps à vivre. Elle n'avait, depuis la veille, rien rendu par le rectum. On lui donna encore, dans la journée, un peu de lait coupé qu'elle rendit aussitôt. Le hoquet et les vomissements se continuèrent pendant tout le jour et la nuit suivante; mais la petite malade allait évidemment en s'affaiblissant de plus en plus. Elle s'éteignit le 2 août à trois heures du matin.

Autopsie. — L'abdomen étant ouvert, on constate tout d'abord que la partie supérieure de l'intestin grêle forme comme un chapelet enroulé sur lui-même, et tendu suivant une ligne oblique en haut, en dedans et en avant, et vient se terminer en s'enfonçant dans l'orifice de la cavité formée par la tumeur. L'épiploon gastro-hépatique, tendu par le déplacement du duodénum, qui se trouve attiré en bas, forme une sorte de coude qui passe en avant du côlon transverse, à l'union de son tiers droit avec les deux tiers gauches. Cette partie du gros intestin paraît comprimée en ce point, mais elle n'y subit pas un véritable étranglement. Cependant à droite de ce point le côlon paraît distendu par des matières, tandis qu'au delà il en contient une quantité moins grande, quoique encore assez notable. Le cæcum occupe sa position normale.

L'S iliaque du côlon est dans la fosse iliaque droite, ce qui semble infirmer l'opinion de M. Huguier, qui a soutenu que chez les nouveau-nés la position normale de cette partie du gros intestin était à gauche.

La tumeur extérieure s'ouvre du côté de l'abdomen par un orifice constitué par l'ombilic, et dans lequel nous venons de voir s'engager l'intestin grêle. Cet orifice est arrondi, assez régulier, présentant sur ses bords quelques plis que forme le péritoine pour entrer dans la cavité. Cette membrane adhère fortement au pourtour de l'ouverture; il est impossible de l'en arracher. On voit au même point quelques brides par lesquelles les intestins herniés adhèrent entre eux et avec l'orifice. Nous venons de voir le bout supérieur de l'intestin grêle entrer dans la tumeur; quant au bout inférieur, il sort de celle-ci au-dessous du précédent, se porte d'abord de droite à gauche, puis passe au-dessous de l'ombilic, et enfin va se jeter à droite dans le cæcum. Les tractions que l'on opère sur les deux bouts de l'intestin, soit simultanément, soit l'une après l'autre, ne peuvent le dégager de la tumeur herniaire; ils y adhèrent avec force. Quand on déroule la partie d'intestin grêle contenue dans l'abdomen, on est tout étonné de son peu de longueur; il y a là, à première vue, une quantité d'intestin grêle de beaucoup moins grande qu'à l'état normal. Le bout inférieur est beaucoup plus court que le supérieur. Entre la tumeur et le cæcum il n'y a qu'une longueur de 58 centimètres. Cette longueur est de 12 centimètres et demi entre le pylore et l'orifice herniaire.

L'estomac est vide, et sa muqueuse a sa coloration normale. L'intestin grêle, placé au-dessous de la hernie, est rempli d'une substance jaunâtre-mêlée de grumeaux de lait caillé. La muqueuse est normale également. Le bout d'intestin grêle placé au-dessous de la hernie est vide. Le gros intestin est plein de méconium, dans lequel on trouve quelques grumeaux de lait caillé. Il est distendu surtout jusqu'au point où le côlon transverse est comprimé par la bride péritonéale citée plus haut. La muqueuse n'est pas altérée.

La tumeur est enveloppée par la membrane du cordon, qui adhère intimement au péritoine, surtout en haut et à gauche. En bas et à droite on peut les séparer, mais encore avec quelque dif-

ficulté. La veine ombilicale se porte directement à droite, puis de là en haut.

Les deux artères ombilicales se portent en bas dans leur direction normale. L'ouraque est fortement déviée à droite. Le péritoine adhère au pourtour de l'anneau. Dans la tumeur il forme des brides nombreuses qui s'entrecroisent en différents sens, et qui forment une intrication de l'intestin grêle telle qu'on ne peut le dérouler. L'intestin contenu dans la tumeur est congestionné et violacé. Cette coloration commence à l'endroit où il pénètre dans le sac; elle forme dans ce point une ligne de démarcation nettement tranchée.

M. *Maurice Perrin* montre :

12. A. Un *corps étranger du péritoine.*

Ce corps, remarquable surtout par son volume, a été trouvé dans le péritoine d'un homme âgé d'environ quarante ans; il était situé dans le petit bassin. Sa forme est régulière, sphérique; on remarque seulement sur un point de sa surface un léger relief formé des mêmes éléments que la tumeur elle-même, et qui pourrait bien être le point d'insertion d'un pédicule rompu à une époque indéterminée. La circonférence de la tumeur est de 15 centimètres; son poids est de 75 grammes; sa surface, d'un blanc gélatineux, est parsemée de noyaux ostéo-calcaires qui lui donnent un aspect chagriné.

En coupant la masse en deux parties égales, on obtient une coupe lisse d'un blanc jaunâtre, et sur laquelle on remarque une série de couches concentriques, régulièrement juxtaposées du centre à la circonférence. Ces couches, qui paraissent d'autant plus molles qu'on s'éloigne davantage du centre, forment, par leur agrégation, un noyau homogène élastique, laissant suinter une petite quantité de liquide lactescent. Ces couches sont minces comme des pelures d'oignon; elles adhèrent à peine entre elles; car, malgré le peu de résistance de chacune d'elles, on peut les isoler facilement. Au centre se trouve un noyau ossiforme de la grosseur d'un pois.

A l'examen microscopique, fait par notre collègue M. Dufour, on constate l'existence de fibres allongées et disposées sans ordre,

comme cela s'observe dans le tissu fibroïde et le tissu des fausses membranes des séreuses. On remarque partout une grande quantité de gouttelettes de graisse.

La tumeur, abandonnée à l'air libre pendant quatre jours, a perdu de son élasticité; la coupe est recouverte d'une couche de matière onctueuse semblable à de la matière sébacée.

En comparant cette pièce à celles qui ont été présentées à la Société à diverses époques par plusieurs de nos collègues, on est frappé de l'unité de forme et de structure qu'affectent ces corps étrangers du péritoine. Ils ont tous une forme sphérique ou à peu près sphérique; ils sont tous constitués par des feuillets fibrineux juxtaposés d'une façon concentrique, depuis le centre jusqu'à la circonférence : tantôt le noyau central est crétacé, d'autres fois il est ramolli, friable, formé de graisse et de granulations amorphes, comme nous avons pu le constater sur l'un de ceux qui nous ont été présentés par M. Michel, au mois d'avril 1859. (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 2e série, t. IV, p. 97.)

Pédiculés aux premiers temps de leur formation, ils rompent vite leurs adhérences, et sitôt qu'ils atteignent un certain volume, on les rencontre habituellement libres, flottants dans la cavité péritonéale; l'examen le plus attentif à l'œil nu ou au microscope ne révèle dans ces productions aucune trace d'organisation.

En présence de cet ensemble de caractères toujours les mêmes, il vient naturellement à l'esprit l'idée d'un mode de production et d'accroissement qui diffère, sur certains points, de celui qui est généralement accepté. On attribue ces tumeurs à une inflammation partielle de la séreuse; cette inflammation produit des fausses membranes dont le substratum donne naissance au corps étranger.

Dans ces masses sphériques volumineuses, finement foliacées, il nous est difficile de reconnaître une fausse membrane détachée d'un point quelconque de la séreuse.

Cette genèse, satisfaisante pour les corps étrangers articulaires toujours de petit volume, irréguliers, variables dans leur forme, ne me paraît applicable qu'à la formation, mais non à l'accroissement des corps étrangers péritonéaux.

Voici, dans ma pensée, comment pourrait être comprise leur évolution :

Une houppe péritonéale malade fournit une fausse membrane

qui devient le noyau de la tumeur. Ce noyau, pédiculé par suite des mouvements auxquels il est soumis, doit acquérir de bonne heure la forme globuleuse. En multipliant ses points de contact, il lui est permis d'acquérir un certain volume en utilisant à son profit les produits inflammatoires qui peuvent exister ou dont il peut provoquer la formation dans le voisinage de son lieu d'implantation.

A un moment donné, soit à cause de son volume, soit pour tout autre motif, le pédicule se rompt et le corps étranger est abandonné dans la cavité séreuse. Ne va-t-il point, partout sur son passage, et bien que peu offensant pour les tissus, provoquer de nouvelles exsudations dont il sera successivement enveloppé, et dont les éléments serviront à former chacune de ces couches concentriques qui augmentent progressivement son volume? Il manque à cette hypothèse la constatation du fait de ces exsudations, mais n'est-il pas au moins rationnel de les admettre quand on sait combien les corps étrangers articulaires, même quand ils n'occasionnent aucune douleur, modifient les conditions de nutrition et de sécrétion de la séreuse articulaire.

De la sorte, l'évolution des corps étrangers du péritoine comprendrait deux périodes : l'une de formation, qui leur serait commune avec tous les corps étrangers des séreuses; l'autre d'accroissement par juxtaposition, réservée à ceux d'entre eux qui seraient soumis à de fréquents déplacements et à un certain mouvement de rotation.

---

18. B. *Une ancienne fracture directe du crâne par un éclat de bombe*, située à $0^m,03$ au-dessus de l'apophyse mastoïde gauche, avec enfoncement de la paroi osseuse. Vue par sa face externe, cette fracture présente un enfoncement assez régulier et qui se rapproche de la forme circulaire; le fragment, qui paraît être unique, est traversé par une suture dont la trace n'est plus visible que dans une certaine étendue. Il est soudé aux os au niveau de son bord supérieur et inférieur; mais, en avant et en [illegible] réunion ne s'est pas faite; il est resté une soluti[illegible] limitée par les parois osseuses anciennes, et fern[illegible] melle fibreuse.

Vue par sa face interne, elle présente dans la boîte crânienne un relief correspondant à l'enfoncement de la paroi, peut-être plus accusé que ce dernier; le trait de fracture passe en avant par un sillon artériel qui se trouve effacé au niveau de la lésion et côtoyé par une des petites fentes consécutives au défaut de consolidation osseuse. Dans toute l'étendue de la fosse occipitale correspondante, la dure-mère avait contracté de solides adhérences avec la paroi osseuse. On voit à la face interne de cette membrane de nombreux tractus fibreux qu'il a fallu détruire avec l'instrument tranchant. La paroi crânienne, dépouillée de sa dure-mère, offre dans les méninges et dans l'une de ses fractures des taches violacées pénétrant le tissu osseux, et qui me paraissent résulter d'anciens foyers hémorrhagiques produits dans l'épaisseur du diploé au moment de l'accident.

L'intérêt que me paraît présenter cette pièce réside surtout dans le défaut de consolidation osseuse de la fracture. Ce fait démontre une fois de plus la pauvreté des ressources de la nature, quand il s'agit de cicatriser une solution de continuité de la boîte osseuse du crâne, que l'on veuille l'attribuer au peu d'aptitude de la dure-mère et du péricrâne, ou seulement à l'absence d'une certaine couche de parties molles ambiantes.

---

14. M. *Chalvet* fait voir une *consolidation apparente d'une fracture incomplète de la cuisse droite, observée chez un rachitique le vingt-neuvième jour après l'accident.* — Le 27 juin 1860, est entrée à la salle Sainte-Pauline, n° 28, service de M. Guersant, une petite fille âgée de vingt-six mois. Cette malade présentait sur les membres inférieurs les déformations caractéristiques d'une légère atteinte de rachitisme. Les parents nous disent que, depuis quelque temps, l'affection rachitique est en voie de guérison; que l'enfant marche avec plus de facilité, et que les jambes se sont considérablement redressées, et qu'elle vient de se fracturer la cuisse.

Nous constatons, en effet, une mobilité anormale et un peu de gonflement [illegible] le tiers inférieur de la cuisse droite. Une simple bande f[illegible]ée [illegible] trois attelles, d'après la méthode de M. Gue[illegible] maintenu jusqu'au vingtième jour. Au bou[illegible]ure nous paraît bien consolidée ;

l'enfant remue le membre, la pression n'est plus douloureuse, la mobilité anormale n'existe plus; on sent un cal volumineux à travers les parties molles.

On pensait à rendre l'enfant à ses parents, lorsqu'elle fut prise d'angine couenneuse le 22 juillet, et elle succomba le 25 à une diphthérite généralisée.

Voici ce que nous avons trouvé au siége de la fracture :

Le fémur est incomplétement fracturé en arrière et à l'union de son tiers inférieur avec le tiers moyen. Cette fracture occupe le côté de l'incurvation de l'os, incurvation exagérée par le rachitisme.

Les bords de la solution de continuité ne sont pas encore soudés; bien plus, ils ne sont même pas affrontés : la lèvre inférieure de cette solution de continuité est légèrement incurvée vers le canal médullaire. En même temps, cette lèvre est amincie, flexible; elle paraît avoir subi un commencement de raréfaction.

La lèvre supérieure, au contraire, a conservé son épaisseur normale, et se trouve solidement maintenue par une exsudation de consistance fibro-cartilagineuse qui oblitère le canal médullaire à ce niveau.

Cette production nouvelle est de même nature que l'abondante production sous-périostale que l'on observe au dehors, non-seulement au niveau de la fracture, mais sur presque toute l'étendue de la surface externe de la diaphyse de l'os. Ce sont bien là les deux viroles interne et externe de Dupuytren qui constituent *un vrai cal provisoire*, car, après un temps même assez court chez cette enfant, ces productions nouvelles auront disparu, le canal médullaire sera rétabli, etc.

Il est bon de remarquer ici que la lèvre supérieure de la fracture tient seule à la *virole* interne; la lèvre inférieure est littéralement flottante vers le canal central de l'os. Il est probable que cette différence dans le progrès de la consolidation tient à la disproportion des sources nutritives des deux fragments. Le fragment supérieur est largement alimenté par le conduit nourricier de l'os, tandis que l'inférieur, encore séparé de l'épiphyse par du cartilage, se trouve privé d'une circulation suffisamment riche.

On voit ici que ces viroles ont suffisamment immobilisé l'os pour faire croire à une consolidation réelle. Il serait important de véri-

fier si chez les enfants la rapidité de la consolidation ne serait pas aussi bien due à la rapidité des exsudations sous-périostales et médullaires qu'à une soudure réelle des os.

Il est vrai que dans le cas présent il s'agit d'un rachitique ; mais on sait aussi que lorsque le rachitisme est en voie de décroissance, comme chez notre malade, la formation du cal de la consolidation est encore plus prompte à se faire que chez les sujets non rachitiques. Je crains bien qu'il en soit ainsi souvent, et que la consolidation *véritable* ne s'obtienne pas au bout d'un temps aussi court qu'on l'admet chez les enfants généralement.

HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE. — PLEURÉSIE DOUBLE AVEC ŒDÈME PULMONAIRE A DROITE. — PÉRICARDITE ET HYPERTROPHIE DU CŒUR. — MALADIE DE BRIGHT. — Observation par L. MARTINEAU, interne des hôpitaux.

L..., âgé de trente-neuf ans, horloger, entre le 25 juin 1860 à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle, chambre 19, service de M. Hillairet.

Ce malade, dans son enfance, a toujours joui d'une assez bonne santé ; il n'a jamais fait de maladies graves ; il se plaint seulement d'avoir éprouvé des palpitations qui le gênaient lorsqu'il voulait se livrer à de rudes travaux, à de longues marches.

Jamais de maladies vénériennes, jamais de débauches ; il a constamment mené une vie régulière. Marié à l'âge de vingt-deux ans, il a eu neuf enfants, dont cinq sont morts dès leur naissance, soit qu'ils soient venus avant terme, soit qu'ils soient venus mort-nés ; mais jamais à leur naissance ou pendant les quelques jours qu'ils ont vécu, ils n'ont présenté ni taches, ni éruptions pouvant faire soupçonner la syphilis. La mère est d'ailleurs bien portante et n'a jamais fait de maladies d'aucune espèce. Des quatre enfants vivants, tous jouissent d'une bonne santé, et le plus jeune, qui a sept ans, est un enfant jumeau ; il est assez fort et assez bien développé pour son âge.

Un an ou deux après son mariage, les palpitations sont devenues plus fortes ; le malade s'en plaignait assez souvent à sa femme, et il y a environ dix ans, sans cause connue, sans rhume, il fut pris

d'un crachement de sang qui dura huit jours. Le sang, nous dit-il, était rouge vermeil, mousseux. Ce crachement de sang était annoncé par une petite toux sèche ; il avait besoin d'expectorer, et il vomissait pour ainsi dire un demi-verre de sang. Depuis lors, ces crachements de sang se sont renouvelés assez souvent; d'abord tous les deux ans, puis tous les ans, et enfin tous les six mois; leur durée semble augmenter en même temps qu'ils deviennent plus fréquents. Malgré ces hémoptysies, le malade conserve assez longtemps une bonne santé; l'appétit était excellent.

Le malade n'a commencé à perdre un peu de ses forces que depuis trois ans environ, époque à laquelle les hémoptysies sont devenues plus fréquentes; en même temps, il se trouve en proie à une migraine insupportable, durant parfois plusieurs jours, et s'accompagnant presque toujours de vomissements. Ainsi une fois, il y a deux ans de cela, pendant la nuit, il a vomi vingt-quatre fois; les matières vomies se composaient, soit de matières alimentaires, soit de bile. Depuis lors, le malade était souvent constipé, et la constipation ne cédait qu'à des purgatifs ou à des lavements émollients.

C'est à partir de cette époque que M. L... a été vraiment souffrant, et qu'il n'a pu qu'à de rares intervalles se livrer à son travail. En effet, les palpitations deviennent plus fortes, plus fréquentes; le malade se plaint d'éprouver une vive douleur à la région du cœur; il est en proie souvent à une anxiété précordiale très vive; et pour la première fois, il y a un an environ, les extrémités inférieures et les jambes commencent à enfler : l'œdème, depuis lors, s'est toujours montré, disparaissant la nuit, quand le malade est couché, pour reparaître le matin, quand il se lève.

Il y a six mois, un nouveau phénomène se montre dans l'intervalle de deux hémoptysies, le malade urine, pendant quinze jours environ, du sang. Mes urines étaient noires comme de l'encre et laissaient un dépôt sanguin au fond du vase, nous dit le malade.

Enfin, il y a deux mois, M. L... est pris d'une difficulté extrême de respirer, d'une orthopnée intense; les palpitations sont très fortes, douloureuses, le pouls petit, fréquent, dépressible; au bout de quelques minutes, ces accidents disparaissent, mais reviennent bientôt; leur retour n'a rien de fixe, et ils se montrent avec une intensité telle qu'ils effrayent les personnes qui l'entourent. Dans

l'intervalle, la santé est aussi bonne que possible ; l'appétit est très considérable, on est obligé de modérer le malade, autrement il se donnerait une indigestion. La soif est de même très vive.

Parmi les nombreux médecins qu'il a consultés, les uns lui ont conseillé des boissons délayantes, des loochs ; les autres l'ont saigné, lui ont fait mettre des sangsues à l'anus. Sa famille, voyant son état empirer de jour en jour, se décide à le faire entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il est admis le 25 juin dernier, dans le service de M. le docteur Hillairet. A son entrée, on constate l'état suivant : Cet homme présente une constitution assez détériorée ; il est pâle, amaigri ; les traits de la face sont tirés, les membres sont grêles, la peau un peu flasque. Les yeux sont entourés d'un cercle bleuâtre très prononcé ; les téguments sont décolorés : en un mot, on voit que ce malade souffre depuis longtemps. Il se plaint d'éprouver une gêne considérable dans la respiration ; aussi est-il obligé de se tenir assis dans son lit pour pouvoir mieux respirer. Il n'accuse aucune douleur dans une partie quelconque du corps. La percussion ne révèle aucune modification dans le son de la cavité thoracique. A l'auscultation, on entend quelques légers râles muqueux disséminés çà et là dans toute l'étendue du poumon droit.

La main, appliquée sur la région précordiale, ne perçoit aucun bruit anormal, si ce n'est des battements tumultueux et fréquents ; la pointe du cœur bat au niveau du septième espace intercostal, et la percussion accuse une augmentation de matité dans cette région. L'auscultation ne révèle aucune altération dans les bruits du cœur ; seulement, ces bruits ne paraissent pas aussi clairs que dans l'état normal. Le pouls est petit, dépressible, 84 pulsations par minute. Les autres organes paraissent intacts ; le malade a de l'appétit.

Pour traitement, on lui donne de la gomme ; 125 grammes de vin de quinquina ; une pilule d'opium de 0,05, et trois portions d'aliments.

Sous l'influence de ce traitement, ou bien sous l'influence du changement dans le régime, le malade va mieux ; les forces reviennent, il peut rester toute la journée levé, se promener ; les palpitations sont moindres, et la respiration s'exécute mieux. Cet état dure ainsi jusqu'au 7 juillet.

Ce jour-là, se trouvant au jardin, il est pris tout à coup d'une

forte céphalalgie avec fourmillements dans la moitié gauche du corps; en même temps, les mouvements deviennent gênés; la marche est très difficile et l'on est obligé de monter le malade à sa chambre. Une fois couché, il est pris de vomissements composés de matières alimentaires et de bile; la céphalalgie est toujours très forte, les fourmillements disparaissent, et les mouvements sont à peu près complétement perdus dans la moitié gauche du corps. La moitié correspondante de la face ne participe pas à cette paralysie; mais, par contre, la moitié droite de la face est paralysée: ainsi, cette partie de la face est affaissée, abaissée, se trouve sur un plan inférieur à la moitié gauche; la commissure labiale gauche est portée en haut. Cette déviation de la face se remarque surtout quand le malade veut parler, car la paralysie ne paraît pas complète; la paupière supérieure droite n'est pas paralysée, et le malade ne fume pas la pipe. En même temps, la parole est très embarrassée, le malade a de la peine à se faire comprendre.

La sensibilité est conservée dans les parties paralysées. Le pouls est mou, fréquent, dépressible; les battements du cœur sont très accélérés, tumultueux.

L'interne de garde, appelé, ordonne des sinapismes, une potion calmante.

Le 8 juillet, à la visite, on trouve le malade dans le même état. La paralysie persiste, mais elle n'est pas complète: ainsi, quand on engage le malade à vous serrer la main de sa main gauche, on sent une légère pression. La paralysie de la moitié droite de la face persiste; sensibilité toujours conservée, même exagérée, car le moindre mouvement imprimé au membre inférieur gauche fait pousser des plaintes au malade. Constipation; intelligence conservée.

Traitement. — Bouteille d'eau de Sedlitz, sinapismes, frictions avec un liniment chloroformé sur les membres inférieurs.

Le 9, même état. Le malade se plaint de temps en temps d'être très gêné pour respirer; il se sent étouffer. A cinq ou six reprises différentes il est devenu très pâle, il est presque tombé en syncope; mais cet état demi-syncopal dure très peu de temps. Même état du côté du cœur.

L'examen de la poitrine donne à la percussion une légère matité à droite dans le tiers inférieur; l'auscultation permet de

constater un léger bruit de frottement, et en même temps que ce bruit de frottement, l'oreille perçoit çà et là quelques râles muqueux gros et disséminés. Rien dans la cavité gauche; les pieds sont le siége d'un œdème considérable, et cet œdème remonte jusqu'au tiers inférieur de la jambe. L'examen des urines permet de constater la présence d'une assez grande quantité d'albumine. Même traitement. Un vésicatoire au niveau de la pleurésie.

Le 10, le frottement pleural se constate encore; il est beaucoup plus rude et s'entend dans une étendue plus grande; il occupe presque toute la hauteur du poumon droit. Mêmes râles. Les syncopes deviennent plus fréquentes, on croit à chaque instant que le malade va succomber. Même état du côté des parties paralysées. L'œdème persiste. Pouls toujours petit, fréquent et dépressible.

Même traitement. Bouillon de poulet froid.

Le 11, même état. Le malade n'est pas allé à la garderobe depuis quatre jours.

Lavement purgatif.

Le 12 et le 13, évacuation abondante. La pleurésie occupe tout le côté droit de la poitrine; matité absolue, souffle prononcé.

Le 14, l'oppression est plus grande, orthopnée intense, douleur précordiale très forte. A l'auscultation, on entend un frottement péricardique bien manifeste; ce frottement est assez rude et ne coïncide nullement avec les mouvements respiratoires; au contraire, il accompagne les bruits du cœur. Ceux-ci sont plus sourds, tumultueux, fréquents, pas de bruit anormal. En outre, l'auscultation fait constater dans la cavité thoracique gauche l'existence d'un frottement pleural, indice d'une pleurésie commençante. Ce frottement s'entend dans le tiers inférieur et postérieur du poumon gauche. Matité à ce niveau; 12 ventouses sèches au niveau de la région du cœur.

Le 15, après les ventouses, le malade s'est trouvé mieux; l'oppression est devenue moins forte. Même état, du reste, dans les signes locaux. Pouls petit, mou, dépressible, fréquent, 100 pulsations; la main, appliquée au niveau du cœur, perçoit un frémissement manifeste. Le frottement péricardique persiste; son timbre est plus fort, il s'entend dans toute la région du cœur.

Vésicatoire au niveau du cœur, lavement purgatif; bouillons, julep avec extrait de quinquina, 0,50.

Le 16, le malade n'a pas voulu se laisser poser le vésicatoire. Orthopnée intense, syncopes fréquentes; expectoration abondante d'un liquide muco-purulent mêlé de quelques filets sanguins.

A la visite, on trouve le malade dans un état désespérant. Pouls misérable, à peine sensible; râle trachéal; la mort est prochaine. Même état, du reste, dans l'état local; la paralysie persiste; la sensibilité n'est pas abolie.

Le malade succombe le 17, dans la matinée.

Autopsie. — Le 18, vingt-quatre heures après la mort, la putréfaction est déjà assez avancée; les muscles sont verdâtres, un peu putrilagineux.

Crâne. — Les membranes du cerveau sont intactes, s'enlèvent facilement; très peu de liquide séreux s'écoule à l'incision de la dure-mère. La pie-mère est peu colorée; les vaisseaux contiennent peu de sang. L'encéphale présente un volume normal; sa consistance est assez ferme, sa couleur est pâle, la substance grise est décolorée. Sur l'hémisphère droit la décoloration est moins prononcée; les vaisseaux contiennent du sang en plus grande quantité.

Rien d'anormal ne se rencontre dans l'intérieur des hémisphères, pas le moindre petit épanchement de sang.

Dans la protubérance annulaire, dont le volume est normal et dont la conformation est régulière, on trouve en arrière des tubercules quadrijumeaux, qui sont intacts, un caillot sanguin, de date assez récente, formé qu'il est par du sang coagulé, de coloration rouge assez foncée, non enkysté, non organisé. Ce caillot est assez dur et ne se désagrége pas sous l'influence de l'eau versée à sa surface. Il est situé au centre de la protubérance, occupant l'étage moyen et l'étage inférieur, et s'arrêtant à 3 millimètres à peu près de la partie postérieure et inférieure de cette protubérance. Il n'est pas exactement limité à cet organe, car en incisant le pédoncule cérébelleux moyen droit, on voit le caillot se prolonger d'un centimètre à peu près dans l'intérieur de ce pédoncule. A gauche, il se limite assez bien et s'arrête au niveau du pédoncule moyen correspondant. En somme, ce caillot présente à peu près 2 centimètres d'étendue dans tous ses diamètres. Le bulbe rachidien et le cervelet sont intacts.

Cavité thoracique. — A gauche, la cavité pleurale contient un liquide séreux en assez grande abondance; la plèvre pariétale sur-

tout est épaissie et assez vivement colorée; la viscérale est moins épaissie : pas de brides celluleuses réunissant ces deux feuillets. Le poumon est libre; dans sa partie inférieure, il est vivement congestionné; son tissu est noirâtre, assez friable; il se déchire facilement, nullement granuleux. A l'incision, il s'écoule un liquide rougeâtre en assez grande quantité. Quelques parcelles de ce tissu gagnent le fond du vase. A droite, le poumon est volumineux, il remplit toute la cavité pleurale; celle-ci contient peu de liquide. La plèvre, tant pariétale que viscérale, est fortement épaissie, doublée qu'elle est dans ses parties d'une fausse membrane assez épaisse, et que l'on peut facilement enlever. Ces deux feuillets sont reliés entre eux par des brides celluleuses assez épaisses et assez résistantes pour rendre l'enlèvement du poumon assez difficile. Celui-ci adhère surtout fortement en arrière, au niveau de l'angle des côtes : ce poumon est très volumineux et se trouve infiltré dans toute son étendue d'un liquide séreux qui s'écoule abondamment à l'incision de l'organe. Dans l'intérieur du poumon, on trouve quelques foyers sanguins, dont les uns sont plus ou moins anciens, sont presque organisés, dont les autres paraissent plus récents.

Nulle part on ne trouve de traces de tubercules. Les canaux bronchiques contiennent une grande quantité d'écume bronchique. Les ganglions bronchiques sont volumineux, quelques-uns du volume d'une petite noix et sont ramollis au centre.

Le cœur, avec son enveloppe, le péricarde, forme une masse considérable. A l'incision du péricarde, il s'écoule peu de liquide séreux. Le péricarde est épaissi et se trouve parcouru par une multitude de petits vaisseaux parfaitement visibles. Son feuillet pariétal est doublé dans toute son étendue, aussi bien dans la partie qui recouvre le cœur que sur les prolongements que cette membrane envoie aux vaisseaux qui arrivent ou qui sortent du cœur, d'une membrane cellulo-vasculaire très épaisse que l'on peut facilement détacher de la face interne de ce feuillet, et qui se trouve adhérer à une deuxième fausse membrane tapissant le feuillet viscéral au moyen de filaments cellulo-vasculaires, forts et assez résistants, formant entre ces deux feuillets un feutrage assez épais.

Le feuillet viscéral est, comme je l'ai dit, tapissé dans toute son étendue d'une fausse membrane de même nature que la précé-

dente; elle se détache facilement de la surface externe de ce feuillet. Cette partie viscérale elle-même est épaissie, puisqu'on peut la détacher de la surface du cœur, à laquelle on sait qu'elle adhère fortement dans l'état normal.

Le cœur, avons-nous dit, est très volumineux; les dimensions sont les suivantes : à la base, la circonférence des ventricules donne 31 centimètres 1/2; le diamètre transverse, c'est-à-dire de droite à gauche, mesure 16 centimètres, et le vertical donne pour la hauteur entière du cœur, c'est-à-dire oreillettes et ventricules, 21 centimètres 1/2, dont 14 1/2 pour les ventricules, 7 pour les oreillettes.

Cette augmentation de volume du cœur porte principalement sur le ventricule gauche. Le droit présente des parois très peu épaisses, un peu plus pourtant que dans l'état normal. La cavité paraît normale; on remarque une légère rougeur et un peu de boursouflement de l'endocarde recouvrant la valvule tricuspide; entre autres, on trouve un caillot volumineux remplissant cette cavité, caillot fortement enchevêtré avec les colonnes charnues, très adhérent, de coloration blanchâtre, paraissant organisé, dur et résistant. Ce caillot ne ressemble nullement à ceux formés après la mort; il paraît, au contraire, remonter à un ou deux jours avant la mort.

C'est sur le ventricule gauche que porte toute l'hypertrophie. Ses parois, à la base, mesurent 3 centimètres d'épaisseur; vers la partie moyenne, 1 centimètre 1/2; à la pointe, l'épaisseur est normale. Les colonnes charnues sont de même hypertrophiées. L'endocarde, au niveau des valvules sigmoïdes, de la valvule bicuspide ou mitrale, est légèrement épaissi et boursouflé; en outre, on trouve de petits dépôts de produits plastiques déposés à leur surface. Tous les orifices sont normaux et intacts, ainsi que les valvules.

Dans l'aorte, on trouve la membrane interne injectée, boursouflée çà et là; en outre, on trouve sur cette membrane des dépôts plastiques, et même deux anciennes cicatrices fibreuses, traces évidentes d'une ancienne inflammation de l'aorte.

Reins. — Leur volume a plutôt diminué qu'augmenté; la capsule fibreuse est épaissie et s'enlève facilement. La surface extérieure du rein présente une coloration brunâtre assez prononcée, rendue surtout très évidente par la présence d'une quantité consi-

dérable de petits points blancs jaunâtres, granuleux, assez durs, répandus sur toute cette surface.

Cette surface extérieure est en même temps irrégulière en certains endroits ; elle est comme segmentée.

Dans d'autres points, on trouve de petits kystes séreux gros comme une lentille.

A l'intérieur, le rein présente une coloration moins foncée ; la substance corticale est blanchâtre, dure, comme fibreuse ; elle prédomine. Dans certains points même, la substance médullaire a complétement disparu, et ce qu'il en reste est peu injecté.

Les autres organes paraissent sains.

Extrait du rapport de M. Ed. Cruveilhier *sur l'observation précédente.*

Bien que nous ne soyons plus au temps où l'on disait avec Rochoux que l'hémorrhagie de la protubérance amenait rapidement la mort avec rigidité convulsive et presque tétanique, bien que des travaux très sérieux, tels que les deux observations analysées par M. Millard, dans les Bulletins de la Société de 1856, les écrits de MM. Gubler, Josias, Vulpian ; bien, dis-je, que des travaux très sérieux aient été entrepris sur ce sujet, toutes les obscurités ne sont pas encore dissipées. Le fait de l'entrecroisement du facial se faisant plus haut que celui des pyramides antérieures dans l'épaisseur même de la protubérance, semblait avoir parfaitement rendu compte de la forme de la paralysie dite alterne par M. Gubler : du moment, en effet, que la lésion intéressait les fibres nerveuses destinées aux membres non entrecroisées et les radicules du facial qui le sont déjà, la paralysie devait se montrer à la face du côté de la lésion et aux membres du côté opposé. M. Gubler venait même, à l'aide de la pathologie, confirmer les données anatomiques, puisqu'il montrait que les altérations de la protubérance qui donnaient lieu à la paralysie alterne étaient situées beaucoup plus près du bord inférieur que du bord supérieur de la protubérance. Il confirmait, ai-je dit, les données anatomiques, puisque ces dernières nous enseignent que l'entrecroisement du

facial se fait à une moindre distance du bord supérieur que du bord inférieur de la protubérance.

Il fallait distinguer d'après ces faits, non-seulement les lésions siégeant au-dessus et au-dessous de l'entrecroisement, mais encore celles qui siégent dans l'étage supérieur moyen et inférieur de la protubérance, et de plus les changements qui se font sur la partie moyenne ou sur les parties latérales de l'organe. M. le docteur Josias a essayé de résoudre ces difficultés; il admet en effet qu'il y a conservation de la sensibilité si le foyer siége dans les couches antérieures, et c'est ce que tendent à prouver plusieurs des observations rapportées par M. Gubler, surtout l'observation IV, où il est dit que chez un malade affecté de paralysie du mouvement et du sentiment, le foyer était situé tout près de la face supérieure de la protubérance.

Mais M. le docteur Josias n'est plus servi aussi exactement par les faits lorsqu'il affirme qu'une hémorrhagie médiane donne lieu à une paralysie générale. Dans aucune des observations de M. Gubler, dans aucune de celles rapportées par M. Millard, je n'ai trouvé de foyer médian; mais, dans le cas que je vous rapporte, le foyer était aussi médian que possible, puisqu'il s'étendait d'un des pédoncules moyens à l'autre, en empiétant toutefois sur le pédoncule moyen droit: eh bien! dans ce fait, il y avait absolument les mêmes symptômes que si le foyer eût été unilatéral. Ce fait bien observé, dans lequel les pièces ont été bien vues, se met donc en contradiction avec l'assertion de M. Josias.

Reste à expliquer pourquoi, dans presque toutes les observations, la paralysie est notée comme incomplète, soit du côté des membres, soit surtout du côté de la face. On peut l'expliquer pour les membres, à l'aide de la lésion d'une partie seulement des fibres constituantes des faisceaux de la moelle; pour la face, par la déchirure d'une partie des fibres radiculaires du facial, et avec M. Trousseau, par un entrecroisement incomplet des racines de la septième paire: cette dernière opinion ne peut être admise, car il y aurait toujours altération des mouvements des deux côtés. Reste enfin l'explication de M. Gubler, qui admet que les paralysies faciales, lorsqu'elles sont isolées, qu'elles sont rhumatismales, comme l'on dit, ont un caractère plus absolu, parce que l'influence pathogénique qui a frappé le facial s'est exercée égale-

ment sur les rameaux de ce nerf et ceux des autres nerfs moteurs de la face, en même temps que sur les fibres musculaires elles-mêmes.

M. Vulpian a bien voulu poursuivre anatomiquement, dans le cas dont je vous entretiens, les radicules du facial, et, à sa grande surprise, à celle de M. Hillairet, il a vu que les radicules du facial étaient intactes. D'où venait donc cette paralysie faciale, incomplète il est vrai, mais évidente pour la bouche du moins, d'après la description ? M. Vulpian a admis que la seule branche motrice qui aurait pu être intéressée était la motrice de la cinquième paire, qui, par un filet envoyé au buccinateur ainsi qu'aux muscles masticateurs, aurait, en ôtant à l'orbiculaire droit un point d'appui propre à sa contraction, amené l'élévation de la commissure gauche pendant la contraction des muscles peauciers de la face.

Cette explication, je l'avoue, ne me satisfait pas ; je ne suis pas bien édifié, en premier lieu, sur le filet de la cinquième paire, qui se rend au buccinateur ; en deuxième lieu, il n'y a que par une lésion du rameau lingual du facial que l'on puisse expliquer la paralysie incomplète de la langue. Est-il bien facile ensuite de suivre toutes les radicules d'origine de la septième paire ; quelques-unes ne peuvent-elles pas échapper même à l'observateur le plus sagace ; et quand il y aurait là absence de solution de continuité des racines du facial, la compression exercée sur elles par un foyer de plus de 2 centimètres ne pourrait-elle suffire à amener la lésion fonctionnelle.

Il est un point qui me paraît moins facile à expliquer que la nature incomplète de la paralysie, je veux parler de cette lésion unilatérale amenée par un caillot tout à fait médian ; je me contente de signaler ce fait sans en chercher une explication, qui, de ma part, ne pourrait être qu'hypothétique.

HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE. — OSSIFICATION ET DILATATION DES ARTÈRES VERTÉBRALE GAUCHE ET BASILAIRE. — Observation par M. A. GUÉNIOT, interne des hôpitaux.

Le 9 juillet 1859 est entrée à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Boucher de la Ville-Jossy) la nommée G..., âgée de quarante-

sept ans, couturière à Belleville. Cette femme ayant perdu complétement l'usage de la parole, quoique conservant sa lucidité d'esprit, j'empruntai à son mari les renseignements suivants : La malade était habituellement très bien réglée et perdait du sang en abondance. Elle a eu cinq enfants, aujourd'hui tous morts. Depuis environ seize ans attaques d'hystérie revenant en moyenne une ou deux fois par mois ; mouvements convulsifs pendant les accès ; douleur fixe habituelle au sommet de la tête. Habitudes anciennes d'ivrognerie ; jamais d'extinction de voix antérieure. Sa grand'mère maternelle a été pendant huit ans paralysée de toute une moitié du corps, ainsi que de la langue.

Le 6 juillet dernier, la malade jouissait, comme d'habitude, d'une santé satisfaisante et était à l'approche de ses règles, lorsque le lendemain matin elle fut prise d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles, de pesanteur de tête, et enfin d'une sorte de vertige, qui la décidèrent à se mettre au lit. S'étant levée environ dix minutes après, elle éprouva de nouveau les mêmes phénomènes, se plaignit d'avoir devant les yeux un nuage qui l'empêchait de voir et essaya de regagner son lit. Mais ce fut en vain ; elle était paralysée du côté gauche du corps, et la parole lui était devenue subitement impossible. Cependant elle n'avait pas perdu connaissance, ou du moins elle ne s'était évanouie que d'une manière incomplète et toute passagère.

A partir de ce moment, la parole resta complétement abolie, quoique l'esprit conservât sa lucidité et les sens l'intégrité de leurs fonctions. Le lendemain, comme on proposait à la malade d'entrer à l'hôpital, elle put, en réponse, écrire encore de sa main droite qu'elle y consentait, pourvu que ce ne fût pas un vendredi. Vomissements bilieux répétés le jour de l'attaque ; ni contracture, ni convulsion, si ce n'est, il paraît, quelques contractions des muscles de la face et un peu de roideur de la mâchoire inférieure. Pas de gêne notable dans la déglutition. Enfin, pas de paralysie apparente de la face, et absence d'anesthésie dans les membres paralysés, lesquels furent explorés à ce point de vue par le médecin appelé près de la malade.

Le 9 juillet, la malade entre à l'hôpital dans l'état suivant : Constitution assez forte, tempérament sanguin ; embonpoint médiocre, visage coloré et couvert de sueurs. Décubitus dorsal et immobilité

complète de tout le côté gauche du corps, qui, à l'exception du visage, offre une paralysie du mouvement; mais la sensibilité y est conservée, et les piqûres ou les pincements de la peau y sont ressentis d'une manière douloureuse par la malade, qui s'empresse de porter sa main droite au point soumis à l'épreuve. Tout le côté droit du corps a conservé ses mouvements et sa sensibilité. Les traits du visage ne sont pas déviés et les yeux se ferment comme à l'ordinaire. Les pupilles sont égales et un peu contractées; il n'existe ni contracture ni convulsion; enfin, la parole est complétement abolie : pas un mot n'est articulé, et la langue semble même se mouvoir très peu et d'une manière très difficile, car la malade ne la sort point de la bouche lorsqu'on le lui commande. Cependant la déglutition s'exécute assez bien; l'intelligence est conservée, la malade comprend facilement les questions qu'on lui adresse et y répond par des mouvements de tête; les sens paraissent être intacts. Plus de vomissements, pouls fréquent et fort; respiration un peu accélérée; du côté de l'appareil digestif, rien de particulier à noter. Incontinence de l'urine et des matières fécales. (Avant son entrée à l'hôpital, 20 sangsues à l'aine et deux vésicatoires aux cuisses.)

Traitement. — Une petite saignée et lavement purgatif.

Le lendemain matin, 10 juillet (trois jours après le début des accidents), la malade meurt sans avoir présenté aucun nouveau symptôme.

A l'autopsie (faite environ vingt-huit heures après la mort et par un temps très chaud), on constate :

Roideur cadavérique ordinaire; pas encore de signes très marqués de décomposition.

L'encéphale, mis à découvert et sorti de la boîte crânienne, se présente, dans presque toute son étendue, avec ses caractères normaux de forme, de coloration et de consistance; les membranes n'offrent pas d'injection morbide, et les sinus ne sont point congestionnés; la sérosité sous-arachnoïdienne est également en quantité normale. En un mot, extérieurement pas d'altération notable, si ce n'est au niveau de la protubérance annulaire.

Celle-ci, en effet, un peu affaissée sur elle-même, surtout du côté droit, offre à sa face inférieure plusieurs taches noires, légèrement saillantes, qui sont formées par du sang coagulé. Ces petits

caillots ne sont eux-mêmes que des prolongements, à travers les fibres nerveuses éraillées ou déchirées, d'un foyer hémorrhagique occupant presque tout l'intérieur de la protubérance. Cette dernière est molle et fluctuante au toucher, surtout dans sa moitié droite. Une coupe transversale faite sur sa face inférieure met complétement à découvert le foyer sanguin, qui offre la forme allongée et les dimensions d'une grosse amande dont le grand axe serait transversal. Son extrémité droite s'étend jusqu'à l'origine du pédoncule cérébelleux moyen correspondant, qui est lui-même un peu envahi, et son extrémité gauche jusqu'à 3 millimètres du pédoncule cérébelleux gauche resté intact. Ses bords antérieur et postérieur sont distants d'environ 2 millimètres des limites correspondantes de la protubérance. Enfin, sa face supérieure répond au plancher antérieur du quatrième ventricule, lequel a conservé toute son intégrité, tandis que sa face inférieure est constituée par le plan superficiel des fibres en partie déchirées du pont de Varole. Le foyer hémorrhagique est ainsi totalement compris dans l'intérieur de la protubérance, excepté à son extrémité droite, où il pénètre dans le pédoncule cérébelleux moyen. Une sorte de cloison ou de prolongement, constitué par du tissu nerveux, sépare incomplétement sur la ligne médiane le foyer en deux parties : l'une droite, plus considérable ; l'autre gauche, moins étendue. La face interne de la cavité est d'ailleurs légèrement irrégulière, et présente de nombreux prolongements de substance nerveuse qui deviennent flottants sous l'eau. Elle est colorée en noir par le sang épanché qui, presque complétement coagulé, forme un caillot noir et mou du volume d'une petite amande ; la portion encore liquide est également noire et d'une fluidité imparfaite

Il n'existe autour du foyer aucune trace évidente de travail morbide. Le quatrième ventricule, comme d'ailleurs les trois ventricules cérébraux, ne présente pas d'altération. Enfin, les nerfs qui environnent la protubérance paraissent avoir conservé leur intégrité ; aucun d'eux du moins ne semble lésé par le foyer sanguin.

Les artères vertébrale gauche et basilaire sont le siége d'une altération remarquable. Toutes deux offrent une dilatation marquée qui donne à la première, et dans une étendue d'au moins 4 centimètres à partir de sa terminaison, le calibre d'une très grosse plume d'oie, et à la deuxième celui d'une plume d'oie

ordinaire. Toutes deux restent béantes à la coupe, et présentent des plaques crétacées, surtout très étendues sur la vertébrale gauche. Le siége de ces dépôts calcaires, qui rendent les parois artérielles dures et cassantes, est manifestement dans la membrane interne. L'adhérence de celle-ci à la tunique moyenne est très faible et même en partie détruite dans l'artère vertébrale, de telle sorte qu'à une coupe transversale de ce vaisseau, il semble que la paroi artérielle soit constituée par deux tubes concentriques et presque indépendants, le premier de ces tubes étant formé par les deux membranes externes, et le deuxième par la tunique interne, siége des dépôts calcaires. Cette dernière est, d'ailleurs, notablement épaissie, surtout au niveau des plaques où elle reste néanmoins lisse au toucher sur ses deux faces. Les parois artérielles ne paraissent pas, en général, hypertrophiées ou plus épaisses qu'à l'état normal, excepté au niveau des dépôts calcaires.

La vertébrale droite a conservé son volume ordinaire et présente aussi quelques noyaux crétacés. Il en est de même de la cérébrale moyenne du côté gauche. Les autres vaisseaux encéphaliques ne présentent pas d'une manière marquée cette même altération.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux n'a pas été fait.

M. *Marcé*, qui a examiné la pièce au microscope, a remis la note suivante :

La pièce pathologique présentée par M. Guéniot ne met en lumière aucun fait absolument nouveau. Néanmoins elle est très digne d'intérêt, car il existe une concordance parfaite entre les lésions de la protubérance et les symptômes observés pendant la vie : elle constitue pour ainsi dire une expérience délicate faite par la nature pour vérifier l'exactitude des données physiologiques actuelles.

Et en effet, parmi les symptômes énumérés dans l'observation, trois surtout attirent l'attention : 1° l'abolition complète des mouvements du côté gauche du corps ; 2° la conservation des mouvements du côté droit ; 3° l'intégrité de la sensibilité des deux côtés du corps.

Or, voici ce qu'une dissection minutieuse m'a permis de constater.

1° En suivant à travers la protubérance les faisceaux des pyramides, j'ai trouvé que le faisceau pyramidal gauche avait à peine été atteint par le foyer hémorrhagique dans ses fibres les plus inférieures ; la presque totalité du faisceau a pu être suivie sans interruption jusqu'au delà de sa protubérance. Le faisceau pyramidal droit a été trouvé au contraire détruit dans toute sa hauteur par l'épanchement sanguin ; bien que transversal dans son ensemble, le foyer est, en ce point, plus profond, plus anfractueux, et contient encore des restes de caillots sanguins.

Aussi la destruction isolée du faisceau pyramidal droit, faisceau moteur au-dessus de l'entrecroisement des pyramides, explique parfaitement l'hémiplégie de motilité, observée chez la malade, du côté gauche.

2° Quant à la conservation de la sensibilité des deux côtés du corps, il est facile de s'en rendre compte. Et en effet, j'ai trouvé les corps restiformes parfaitement intacts ; le plan postéro-supérieur qui contient encore un faisceau sensitif n'a nullement été atteint par l'épanchement, même du côté où il était le plus profond.

L'absence de paralysie du nerf facial ne donne lieu à aucune considération spéciale. Le nerf était sain à son origine apparente, et il faut que le foyer ait ménagé ses origines réelles dans leur trajet encore peu connu.

Extrait du rapport de M. MILLARD *sur l'observation précédente.*

La note de M. Marcé donne une explication très satisfaisante d'un point qui a fort intrigué M. Ed. Cruveilhier, et qu'il a signalé avec raison dans l'observation de M. Martineau : je veux parler de l'unilatéralité de la paralysie, malgré l'existence d'une lésion bilatérale. Je me demande si, chez le malade de M. Martineau, l'hémorrhagie, quoique centrale et médiane, n'était pas cependant, comme ici, beaucoup plus profonde d'un côté que de l'autre, et si une dissection aussi attentive que celle de M. Marcé, n'eût pas révélé l'intégrité partielle du faisceau pyramidal situé du côté opposé à l'hémiplégie. On aurait ainsi l'explication d'un fait qui est

en contradiction apparente avec les données actuelles de la physiologie.

La conservation de la sensibilité dans les parties paralysées est un fait depuis longtemps connu. Dans la thèse de M. Josias, et que j'ai analysée avec soin dans le *Bulletin* de 1856 (mai et juin), on lit que, dans la majorité des cas de lésion de la protubérance, « l'abolition du sentiment n'est pas en rapport avec celle du mou- » vement, comme dans la lésion des lobes cérébraux. » M. le docteur Godelier a été très frappé de ce défaut de parallélisme, et, à propos d'une observation de tubercule volumineux développé dans la protubérance (*Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, t. II, 1855), il a exprimé l'opinion que « nous ne connaissions » pas bien le mode de transmission des faisceaux sensitifs de la » moelle au cerveau, et qu'il devait exister hors de la protubé- » rance de nombreuses fibres sensibles capables de suppléer à » l'action interrompue de celles du mésocéphale. » Il était conduit à cette hypothèse parce que, chez son malade, le corps étranger avait considérablement distendu et aminci la face postérieure de la protubérance qu'on dit être la continuation des fibres sensibles de la moelle ; mais, chez le malade de M. Guéniot, le plan postéro-supérieur étant parfaitement intact, il n'y a pas lieu de se livrer à ces suppositions purement gratuites que je ne fais que rappeler.

Je ne dirai qu'un mot de la paralysie faciale, qui a fait ici totalement défaut des deux côtés. La Société se souvient que c'est moi qui, le premier, dans un rapport inséré dans les *Bulletins* de mai et juin 1856, ai signalé la valeur symptomatologique de l'*hémiplégie faciale croisée avec celle des membres*, que M. Gubler désignait plus heureusement, quelques mois après, sous le nom d'*hémiplégie faciale alterne*. Dans son compte rendu de l'année 1856, M. le secrétaire a pris soin de revendiquer et d'établir mes droits à la priorité ; je n'y insiste pas davantage. Je tiens seulement à justifier la réserve avec laquelle j'avais cru devoir exposer alors mon opinion, et qui me semblait commandée par le petit nombre des observations. Or, vous remarquerez qu'en l'espace de quatre années, bien que l'attention du public médical ait été appelée sur ce point, il n'a pas été publié de cas nouveau de maladie de la

protubérance, avec hémiplégie faciale alterne; celui de M. Martineau est le seul qui soit venu à ma connaissance.

Au contraire, les faits négatifs, c'est-à-dire ceux où l'hémiplégie faciale a existé du même côté que celle des membres, comme dans l'observation de M. Godelier, citée plus haut, et ceux où cette paralysie a fait totalement défaut, comme dans l'observation de M. Guéniot, et dans celle présentée récemment par M. Hérard; ces faits-là, dis-je, continuent d'être toujours les plus communs, et l'on s'explique ainsi comment la relation symptomatologique que M. Gubler et moi avons essayé d'établir a échappé si longtemps aux observateurs.

Le signe que nous avons indiqué, au point de vue de la localisation des maladies du mésocéphale, est donc rare et inconstant; mais lorsqu'il existe, la valeur diagnostique que nous lui avons attribuée reste entière, et la proposition suivante doit être maintenue jusqu'à nouvel ordre : « Quand une affection cérébrale, aiguë ou chronique, s'accompagnera d'hémiplégie faciale » croisée avec celle des membres, ou d'hémiplégie alterne, on sera » fondé à rapporter le plus souvent au mésocéphale le siége de la » lésion. » Nous disons le plus souvent, et non pas toujours; car à la rigueur, une double lésion dans chacun des hémisphères pourrait rendre compte des paralysies croisées; mais c'est là un fait très exceptionnel que M. Gubler a suffisamment combattu.

Reste à vider la question anatomique : quelles conditions de siége et de profondeur doit remplir la lésion du mésocéphale pour que l'hémiplégie faciale alterne se produise ? C'est là un point très obscur encore, puisque notre collègue M. Vulpian, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière, n'a pu dans le cas de M. Martineau, trouver la moindre altération des fibres radiculaires du facial. C'est là un desideratum que de nouvelles recherches, plus délicates encore, parviendront peut-être à combler; mais, jusqu'à nouvel ordre, nous ne pouvons qu'imiter la sage réserve adoptée par M. Marcé, au sujet de l'observation de M. Guéniot.

TUMEUR HÉMATIQUE DÉVELOPPÉE A LA PARTIE POSTÉRIEURE ET MOYENNE DU BRAS DROIT. — Observation par M. EDMOND SIMON, interne des hôpitaux.

C..., passementier, âgé de cinquante-deux ans, entre, le 22 juin 1860, dans la salle Sainte-Vierge, n° 16, pour se faire guérir d'une fistule du bras qu'il porte depuis deux mois. Cet homme, trapu, bien musclé, paraît jouir d'une bonne constitution. Il n'a jamais été affecté que d'une maladie, et de cela il y a dix-huit mois. D'après les renseignements qu'il donne, on peut croire qu'il a été atteint d'une maladie du cœur. Un bruit de souffle rude couvrant tout le premier bruit du cœur manifeste encore son maximum d'intensité un peu au-dessous et en dedans du mamelon gauche. Cette affection a duré six semaines, elle a coïncidé avec une suppression d'hémorrhoïdes qui fluaient depuis dix ans, et n'a laissé d'autre inconvénient au malade que des palpitations légères et rares.

Il y a trois mois, une douleur est survenue spontanément à la partie postérieure d'une tumeur qu'il porte depuis trente-cinq ans au bras droit. Celle-ci s'est enflammée modérément et a fini par donner lieu à la formation d'une petite bosse fluctuante qu'un médecin a jugé à propos de ponctionner avec le bistouri. Un liquide séreux, analogue à de la lavure de chair, s'en est écoulé. L'ouverture qui a été pratiquée ne s'est pas refermée et a continué à laisser écouler un liquide de même nature jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis deux mois.

La tumeur qui a été le siége de cette inflammation modérée date de 1825. Elle s'est montrée alors que le malade avait dix-sept ans, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du bras droit, sur sa face postérieure et un peu externe, sans avoir été précédée de causes appréciables. Elle avait primitivement le volume d'une noisette, roulait sous les téguments et sur les parties profondes, et était parfaitement indolente. Petit à petit, et insensiblement, elle a continué à grossir en se développant vers le haut, sans jamais être le point de départ de douleurs, sauf il y a trois mois.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on trouve une tumeur occupant le tiers moyen de la face postérieure du bras droit,

mesurant 9 centimètres dans le sens vertical, et 8 centimètres transversalement, faisant une saillie d'environ 5 centimètres. La peau qui la recouvre n'offre aucune modification, si ce n'est vers la partie postérieure et inférieure, où l'on trouve un orifice fistuleux non déprimé et sans teinte violacée ni bride. Excepté dans ce point, la peau est parfaitement mobile sur la tumeur. Celle-ci glisse également sur les parties profondes, quand on lui imprime des mouvements transversaux, mais elle est moins libre de se déplacer dans le sens vertical. Ainsi on ne peut la faire descendre au-dessous du point qu'elle occupe, et cela, semble-t-il, à cause d'un pédicule fibreux qui la surmonte et qui paraît se fixer immédiatement au-dessous de l'insertion inférieure du deltoïde. On peut, au contraire, faire légèrement remonter la tumeur de bas en haut quand les muscles sont dans le relâchement; mais ce mouvement même devient impossible alors que l'on commande au malade de fléchir le bras, tout en cherchant à s'opposer à cette flexion. Par le fait de cette contracture énergique du triceps, on diminue également de beaucoup la mobilité transversale de la tumeur. La surface de celle-ci est irrégulièrement hémisphérique, offrant deux ou trois bosselures à bases diffuses ou vagues. On lui trouve une consistance à peu près uniforme, intermédiaire à celle des tumeurs fibreuses et des tumeurs fongueuses. Quand on presse avec les deux pouces sur deux points assez voisins, on éprouve la sensation d'un craquement analogue à celui que produirait une mince lamelle osseuse qui se briserait profondément. Le trajet fistuleux qu'elle présente est dirigé verticalement et est presque sous-cutané. En effet, outre que pour faire pénétrer le stylet il faut le maintenir parallèle à l'axe du bras, on peut, en différents points, sentir vaguement son extrémité à travers la peau. A une profondeur de 5 à 6 centimètres, le stylet rencontre un corps dur qui donne la sensation d'une plaque osseuse ou calcaire. En interrogeant le malade, on apprend qu'il est sorti, avec le liquide séro-sanguinolent que fournit la fistule, de petites concrétions dures, que cependant on pourrait écraser entre les doigts et réduire à un état pulvérulent.

On ne trouve aucun ganglion engorgé sous l'aisselle. Avec ces données, MM. Velpeau et Trélat, l'un dans une leçon clinique, l'autre dans une épreuve de concours, arrivèrent l'un et l'autre, après un diagnostic différentiel des plus brillants, à conclure que

cette tumeur devait être un fibrome qui avait subi des transformations calcaires, s'était enflammé et avait suppuré dans un point, qu'elle était située ou dans le muscle triceps brachial, ou dans l'aponévrose musculaire.

Tous deux émirent l'opinion qu'on pourrait bien avoir affaire à une de ces variétés de lipomes semi-fibreux, semi-graisseux, qui finissent assez souvent par subir la fonte purulente. Mais les raisons qui empêchèrent M. Trélat de s'arrêter à cette idée, c'était la consistance, la situation, et enfin la marche toute spéciale de la tumeur. M. Velpeau fut également éloigné de cette hypothèse par ce fait, qu'il n'avait jamais vu de lipomes subir la transformation crétacée.

On pouvait donc cliniquement porter un pronostic assez favorable quant à la nature de cette tumeur, en faisant une réserve pour le cas où elle viendrait à répulluler après l'ablation. M. Trélat fit observer de plus que cette tumeur, recouvrant tout le triceps transversalement, son ablation devait entraîner l'interruption du muscle dans une certaine étendue, si, comme pouvait le faire présumer son peu de mobilité, quand le triceps était contracté énergiquement, elle occupait l'épaisseur de ce muscle; partant, un affaiblissement considérable du bras. Cette considération était extrêmement sage, car on avait affaire au bras droit d'un homme qui exerce une profession pénible.

Quoi qu'il en fût, tous deux conclurent à l'extirpation, à cause de l'opiniâtreté de la suppuration et des accidents dont pouvait devenir le point de départ une tumeur suppurant indéfiniment.

L'extirpation de la tumeur fut pratiquée sans difficulté le 27 juin. Après son ablation, elle offre encore le volume d'un petit œuf de dinde; elle est oblongue et d'un gris blanchâtre. On l'incise suivant sa hauteur, immédiatement sur le trajet fistuleux. Sa coupe montre qu'elle est constituée par une coque fibreuse très épaisse, circonscrivant une masse qui, par sa couleur, ressemble, à s'y méprendre, au tissu musculaire. Un examen attentif de ces parties fait reconnaître : 1° que la coque fibreuse, très épaisse, ayant de 4 à 8 millimètres d'épaisseur, suivant des points différents, est constituée par un tissu filamenteux, feutré, très serré; que par sa face externe elle se continuait superficiellement avec l'aponévrose brachiale; profondément avec le tissu musculaire du triceps, dont les

fibres, moitié transformées en tissu fibreux, moitié conservant leurs caractères, sont incrustées sur cette face. La couche musculaire, ainsi adhérente, est peu épaisse; aussi n'est-on pas obligé de sacrifier le triceps dans toute son épaisseur.

On peut, à l'aide du doigt, énucléer le contenu, et alors la coque fibreuse offre une surface granuleuse ou un peu irrégulière, tapissée çà et là de concrétions calcaires, les unes des dimensions d'un grain de millet, les autres d'une surface de plus d'un centimètre carré, mais irrégulièrement découpées. On trouve même une de ces concrétions assez large, presque entièrement libre dans le trajet fistuleux. En incisant cette coque en différents points, on découvre dans sa partie superficielle plusieurs petits foyers purulents qui pourraient bien être le résultat de l'irritation produite par les examens multipliés dont cette tumeur a été le siége depuis l'entrée du malade.

Le contenu de cette coque fibreuse avait tout à fait l'aspect du tissu musculaire. Aussi la première impression de M. Velpeau fut-elle de croire avoir affaire à une tumeur charnue, résultat de l'organisation homologue d'un blastème épanché près du muscle. Mais avec un peu d'attention, on peut reconnaître que cette masse est d'abord formée de deux noyaux à peu près égaux en volume et des dimensions d'une noix: l'un, l'inférieur, est un peu plus pâle que le tissu musculaire; l'autre, le supérieur, est au contraire d'un rouge plus vif. Surtout au centre et profondément, leur coupe est nette et n'offre pas l'aspect fasciculé du tissu musculaire; enfin, on peut en détacher des fragments avec facilité, et cela dans toutes les directions : ces fragments, on peut, avec un peu de force, les écraser entre les doigts. En un mot, ces masses, par leur couleur, mais surtout leur texture et leur consistance, ressemblent tout à fait à la fibrine concrétée de vieux épanchements sanguins. Elles sont séparées l'une de l'autre par une espèce de cloison, d'un blanc jaunâtre, beaucoup moins friable que les noyaux. C'est entre ces masses et la coque fibreuse amincie qu'existait le trajet fistuleux.

M. Robin voulut bien faire l'examen microscopique de la tumeur. et voici la note qu'il a remise :

Note de M. Ch. Robin. — « Tumeur dont la masse homogène

grisâtre et la masse rougeâtre sont formées de fibrine offrant toutes les modifications qu'on observe dans les couches des poches anévrysmatiques, depuis l'état fibrillaire encore reconnaissable dans la partie rouge jusqu'à l'état de masse homogène, élastique, friable, aréolaire, par places sous le microscope, que présente la portion grise. Dans l'une et l'autre masse morbide, il y a des globules blancs inclus dans la fibrine. Ils sont plus nombreux et en amas par places dans la portion rougeâtre; celle-ci doit sa courbure à la présence d'une grande quantité de fines granulations rougeâtres, ou mieux brunâtres sous le microscope, telles qu'en montrent les globules sanguins en voie de dissociation dans les caillots apoplectiques. Ces divers aspects ne sont pas rares dans les épanchements sanguins qui compliquent parfois les goîtres, les tumeurs de la parotide, dans certaines hématocèles du scrotum, etc. Les parois fibreuses enkystant cette fibrine sont un tissu fibreux de nouvelle génération, avec beaucoup de substance amorphe granuleuse en certains points et sans fibres élastiques. Elle est accompagnée de dépôts de granules calcaires formant des plaques incrustantes en quelques endroits, telles que celles qu'on trouve fréquemment dans des kystes proprement dits anciens et dans les parois d'enkystement de nouvelle génération de diverses tumeurs hématiques et autres. »

Réflexions. — Nous pouvons donc conclure :

1° Que l'on avait affaire ici à une tumeur hématique dont la fibrine, continuant à vivre au milieu des tissus, avait amené la formation d'une coque celluleuse très épaisse et serrée.

2° Que, bien que le malade ne se soit jamais aperçu d'un développement plus brusque à un moment qu'à un autre, cependant cette tumeur avait dû se développer en deux fois différentes, car elle est constituée par deux noyaux.

3° Que probablement elle a dû continuer à être en relation avec le système vasculaire : *a.* parce que la fibrine a persisté au milieu de tissus où habituellement elle est résorbée; *b.* parce que cette tumeur s'est accrue d'une façon incessante, quoique lente.

4° Que l'on a affaire ici à une variété de tumeur rare pour la région où on l'a rencontrée, mais assez commune dans la glande thyroïde.

Nous avons recherché avec soin si une petite artère ne venait pas s'ouvrir à la surface externe de la coque. Nous avons bien trouvé une artère du volume d'une plume de corbeau, incrustée dans cette coque à sa paroi postérieure et inférieure; mais, fait assez inexplicable, une injection avec de la térébenthine colorée la distendait, mais elle ne pénétrait pas à l'intérieur de la coque et ne ressortait pas en jet au dehors, mais bavait sur plusieurs points voisins de la coque fibreuse extérieurement. Il semblait que cette petite artère perdait tout à coup son calibre pour se diviser en capillaires ténus.

Enfin, nous croyons pouvoir émettre l'opinion que le diagnostic absolu de cette tumeur était à peu près impossible à porter sur le vivant. Peut-être l'écoulement séro-sanguinolent incessant dont elle fut la source dans ces derniers mois, les craquements dont elle était le siége quand on la pressait méthodiquement, et enfin sa parfaite indolence, pourraient-ils être regardés comme des caractères spéciaux et devraient-ils faire soupçonner une tumeur de cette nature, si on les rencontrait de nouveau. Ceci est une simple hypothèse que nous nous permettons d'émettre en terminant cette curieuse observation.

Rapport sur l'observation précédente, par M. TRÉLAT.

Au temps de l'Académie de chirurgie et jusqu'au commencement de ce siècle, on décrivait sous le nom de *loupes*, des tumeurs circonscrites, indolentes, de forme régulière, placées sous le tégument et pourvues ou privées de kyste (Boyer, *Loupes*). Elles étaient dures, molles, adhérentes, détachées, mobiles, charnues, varqueuses, glanduleuses, graisseuses, etc. (J.-L. Petit, *Des goitres et des loupes*). On conçoit sans peine qu'avec une pareille définition, les loupes devaient tenir une large place parmi les tumeurs; en effet, après les anévrysmes et les inflammations, Boyer se contentait de décrire le squirrhe, le cancer, l'œdème et les loupes. Cela comprenait toutes les tumeurs.

Ce petit coup d'œil rétrospectif nous fait voir quels immenses progrès a faits la science depuis cette époque. La clinique nous a mieux fait connaître comment se développent les tumeurs, si elles marchent avec lenteur ou rapidité; elle nous a dit leurs évolutions

normales ou accidentelles, leurs terminaisons, leur curabilité durable ou passagère. Mais ce travail, qui est le véritable but de la chirurgie, ne pouvait être conduit d'une manière utile qu'en s'étayant sur une connaissance plus exacte des désordres matériels. L'anatomie pathologique n'a point failli à cette importante mission. Faisant appel à tous les moyens d'analyse, elle a demandé à la chimie la composition des substances homogènes, amorphes ; au microscope, elle a demandé la révélation des formes élémentaires. Les anciennes classifications, fondées sur de grossières apparences, n'ont pu résister à des recherches qui indiquaient des différences essentielles entre des tumeurs confondues jusque-là sous un nom commun. C'est ce qui est arrivé pour les loupes ; aux dépens de cette classe trop compréhensive, on a écrit l'histoire des tumeurs érectiles, des kystes dermoïdes, des lipomes, de certaines tumeurs fibreuses, de tumeurs ganglionnaires, etc.

Cependant J. Hunter avait conclu de ses expériences sur la réunion des plaies et la cicatrisation, que le sang peut s'organiser et fournir les éléments de la réparation, croyance erronée qui impressionna vivement les esprits, et dont aujourd'hui encore on retrouve des traces. Il y a une trentaine d'années, un de nos maîtres les plus éminents, M. Velpeau, étudiant la contusion et ses suites, fut frappé de la longue durée de certains épanchements sanguins, de leurs transformations, des rapports étiologiques qui existent parfois entre des tumeurs de natures très diverses et un ancien traumatisme ; cela le conduisit à *regarder comme une conjecture très vraisemblable* que les loupes, les tumeurs des bourses synoviales, les grains hordéiformes, les corps étrangers des articulations et des séreuses, les corps fibreux, certaines tumeurs à marche grave, ne reconnaissent pas d'autre cause que les transformations du sang épanché.

Aujourd'hui, nous sommes en mesure d'affirmer que dans la majeure partie des cas, ces conjectures ne se sont point réalisées. Notre honorable président, M. Cruveilhier, a écrit : « Le sang extravasé ne s'organise jamais. » Et cela est parfaitement vrai, si, par organisation, on entend disposition sous forme de tissu d'élément anatomique normal ou morbide. Jamais on n'a pu montrer un coagulum sanguin à une phase quelconque d'organisation. Mais si l'on veut dire que les épanchements de sang peuvent subir de nom-

breuses transformations qui toutes sont le résultat de phénomènes de réaction, d'enkystement ou d'absorption, se produisant autour d'eux ou à leurs dépens, alors tous les observateurs s'accordent à reconnaître ces formes très diverses, mais qui témoignent de la parfaite passivité de l'épanchement. Je pourrais citer ici presque tous les auteurs contemporains ; je me borne à cette phrase très nette que j'emprunte à M. Lebert (*Physiologie pathologique*, t. II, p. 86) : « Les épanchements sanguins qui s'entourent d'un kyste simple ou multiple peuvent subir les transformations les plus diverses, et être pris alors pour des tumeurs d'une nature tout à fait différente de celle à laquelle ils doivent leur origine. » Et M. Lebert ne parle pas seulement des difficultés du diagnostic clinique, mais aussi du diagnostic anatomique, pièces en main; car il ajoute quelques lignes plus bas, que le microscope permettra de constater dans ces masses dures ou molles et amorphes l'absence de tout produit osseux, fibreux, tuberculeux, cancéreux, etc.

Ainsi, le sang épanché ne s'organise pas, il subit des transformations et revêt des aspects très variables, souvent très trompeurs. Ces données générales vont trouver leur application dans l'examen du travail qui nous a été remis par M. Simon.

On peut en quelques mots donner l'idée de la tumeur que notre collègue a pris soin de décrire simultanément. C'était une masse de fibrine à différents degrés de décoloration, enveloppée par une épaisse couche fibreuse à incrustations calcaires ; cette couche pariétale adhérait fortement au triceps huméral. Ainsi définie, cette tumeur est d'une appréciation facile, et chacun de ceux qui m'écoutent ont déjà pensé sans hésiter à un épanchement sanguin enkysté. Mais au moment où, l'opération finie, on put examiner la tumeur, je vous assure que la première impression fut celle de l'étonnement ; car personne ne s'attendait à trouver un pareil aspect de la production morbide. Il y a donc lieu de rechercher si nous sommes dans le vrai, et, par suite, d'examiner toutes les possibilités qui peuvent se présenter à l'esprit.

Nous plaçant ici à un point de vue purement anatomique, nous nous demanderons si l'on pouvait songer à une tumeur vasculaire guérie, à une hémorrhagie dans l'épaisseur d'un lipome ou d'un fibrome, et enfin nous arriverons à l'idée d'un simple épanchement.

Remarquons tout d'abord que le siége eût été bien insolite pour un anévrysme ; la partie postérieure et externe du bras ne présente que des vaisseaux d'un médiocre calibre, et je ne me souviens pas d'une seule observation de cette nature. Et puis ce ne pourrait être qu'un anévrysme guéri ; or cette guérison n'a lieu que de deux façons : par inflammation du sac et de son contenu, et par coagulation fibrineuse. Dans cette dernière, on trouve la fibrine disposée en couches stratifiées, régulières et concentriques ; il n'y avait ici rien de pareil, mais une masse divisée en deux parties semblant s'être formées chacune tout d'une pièce. La guérison par inflammation n'est guère plus admissible, car celle-ci se termine ou par résolution, et alors les caractères de l'anévrysme se reproduisent tels qu'ils étaient auparavant, ou par suppuration avec ouverture de la tumeur et issue de caillots passifs mêlés de pus, ou enfin par gangrène. Jamais, chez notre malade, aucun de ces phénomènes n'a été observé, et si, il y a un an, la tumeur a été le siége d'une poussée inflammatoire sur laquelle nous reviendrons du reste, il n'est pas possible d'entrevoir la moindre analogie entre cette circonstance et une inflammation d'anévrysme. Disons enfin que la paroi fibreuse présentait ici une épaisseur qu'on ne rencontre pas dans les poches anévrysmales, et qu'aucun vaisseau ne venait s'ouvrir dans la tumeur. Il me paraît donc établi que notre tumeur ne saurait être considérée, en aucune façon, comme un anévrysme.

Vous penserez peut-être, messieurs, que je me bats ici contre les moulins, et que je cherche à prouver une chose évidente. Je ne l'eusse pas fait, si je ne trouvais dans les conclusions du travail de M. Simon quelques phrases qui, sans être explicites, indiquent cependant, de sa part, une certaine propension vers l'anévrysme. Ainsi, quoique le malade ne s'en soit jamais aperçu, la tumeur a dû se développer en deux fois différentes, car elle était constituée par deux noyaux ; elle a dû continuer à être en relation avec le système vasculaire, parce que la fibrine a persisté au milieu de tissus où habituellement elle est résorbée, parce que cette tumeur s'est accrue d'une façon incessante, quoique lente.

Que veulent dire ces mots « être en relation avec le système vasculaire » ? Rien, car M. Simon nous dit lui-même qu'une petite artère grosse comme une plume de corbeau se perdait en capillaires ténus sur les parois de la coque fibreuse ; donc elle ne

s'ouvrait pas dans le kyste. Quant à la persistance de la fibrine, s'il est juste de reconnaître que cette substance disparaît, en général, sous l'influence de l'absorption, il faut savoir, cependant, qu'elle peut parfaitement résister à ces influences. Je renvoie sur ce sujet aux auteurs du *Compendium* (t. I, p. 396), à M. Cruveilhier (*Anatomie pathologique*, t. III, p. 511), et à M. Lebert (*Physiologie pathologique*, t. II, p. 80).

D'où vient alors que la tumeur ait continué à s'accroître, que peut-être même elle ait subi récemment une brusque augmentation? C'est là un phénomène assez fréquent dans presque toutes les variétés de tumeurs sanguines, phénomène que M. Gosselin a bien décrit pour les hématocèles. Quoique bien enkysté, le coagulum détermine une irritation des parois dont le résultat est une nouvelle exhalaison sanguine. Ce fait a été déjà remarqué par M. Velpeau, M. Larrey et d'autres dans des cas que nous aurons occasion de citer.

Je serai beaucoup plus bref pour l'hypothèse du lipome et du fibrome. Évidemment, la seule chose admissible ici, c'est qu'au centre d'une très ancienne tumeur fibreuse ou graisseuse il s'était fait un épanchement de sang. Cet épanchement avait déterminé une inflammation qui avait modifié sensiblement les caractères primitifs.

Cette manière de voir ne me paraît pas pouvoir résister aux arguments suivants. Tandis que les kystes sanguins, les hémorrhagies, sont fréquents dans les tumeurs à marche rapide et maligne, ils n'ont jamais, que je sache, été vus dans les tumeurs fibreuses et graisseuses. Si nous avions eu affaire à un lipome, on aurait, en quelques points de la périphérie, trouvé des lobules de graisse intacts, il n'y en avait pas un seul. Le tout était constitué par du tissu fibreux, non cette variété qu'on observe dans les tumeurs du même nom, mais bien un tissu avec beaucoup de substance amorphe, granuleuse et sans fibres élastiques. Ces caractères, d'après notre éminent collègue, M. Robin, sont ceux des néoplasmes fibroïdes, des kystes adventices de génération postérieure à leur contenu.

Voici donc une première question jugée : au point de vue anatomo-pathologique, notre tumeur n'est pas de nature vasculaire, ce n'est ni une production graisseuse, ni une production fibreuse

plus ou moins altérée. Il est inutile de rechercher si cela ne pourrait pas être l'une quelconque des autres tumeurs que nous connaissons; il n'y a pas même prétexte à comparaison. Nous arrivons donc à cette conclusion déjà énoncée : c'est un épanchement sanguin fort ancien, ne présentant plus qu'un coagulum dense de fibrine et de globules altérés et solidement enkystés dans une paroi fibreuse avec quelques concrétions calcaires.

Comment s'est développée cette affection? Quelle cause reconnaît-elle? Il y a ici un petit point litigieux à éclaircir. Notre malade, qui a aujourd'hui cinquante-deux ans, en avait dix-sept quand il constata l'existence de sa tumeur; elle était grosse comme une noisette, mobile, indolente. M. Simon nous dit dans son observation qu'elle (la tumeur) parut sans causes appréciables. Cependant, quand j'interrogeai le malade pour savoir s'il n'avait pas souvenir d'avoir reçu un coup, fait une chute, etc., il me répondit qu'il ne se rappelait rien de semblable, mais qu'au bout de trente-cinq ans il pouvait bien avoir oublié. Les coups et les chutes ne sont pas un événement bien remarquable pour un jeune homme de dix-sept ans fort et bien portant; si la douleur ou la maladie ne viennent pas marquer leur pénible empreinte dans son souvenir, il a bien vite oublié un fait de si minime conséquence. Qui de nous, je vous le demande, pourrait raconter l'histoire de toutes ses ecchymoses, de toutes ses bosses sanguines. Si donc nous ne sommes pas en droit de dire qu'il y a eu une cause traumatique, une contusion, rien ne nous empêche de le penser, d'autant plus que, dans les quelques observations analogues éparses dans les recueils, cette cause n'a jamais fait défaut.

Je viens de dire « les quelques observations. » Celles-ci sont peu nombreuses, en effet, et presque toutes offrent avec la nôtre une différence que je vous prie de remarquer. Qu'arrive-t-il le plus souvent d'un épanchement sanguin? Il est lentement résorbé, il s'enflamme et s'abcède, il s'enkyste, mais presque toujours à la condition que les parties solides disparaissent, et qu'il ne reste plus que du liquide. C'est surtout dans le tissu cellulaire que ces conditions favorables à l'absorption sont bien remplies. N'utilise-t-on pas chaque jour, en chirurgie, cette faculté absorbante du tissu cellulaire quand on écrase ou qu'on divise sous la peau un kyste tendineux, un hygroma à contenu séreux, etc.? Aussi voit-on

très rarement la matière solide du sang persister dans de semblables conditions. Que si, au contraire, l'épanchement a lieu dans une cavité préparée d'avance, une bourse séreuse normale ou accidentelle, il rencontre une surface lisse, plus apte à sécréter qu'à absorber; il est emprisonné dans ce kyste préexistant, et va durer un temps impossible à déterminer. C'est ce qui arrive dans le plus grand nombre des observations que je signale, et c'est là précisément la différence importante sur laquelle je voulais attirer votre attention. Peut-être même est-ce forcer quelque peu l'analogie que d'assimiler l'hygroma hématique à un épanchement sanguin enkysté. Il y a cependant de telles ressemblances cliniques et anatomiques quand on envisage les deux affections longtemps après leur début, que ce rapprochement semble permis. La bourse séreuse prérotulienne paraît avoir le privilége de ces hygromas sanguins très persistants; c'est, du moins, le siége qu'affectaient ces tumeurs, observées trois fois par M. Velpeau (*Archives*, 1re série, t. XI, p. 564; t. XIII, p. 531; Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 521), et une fois par M. Denonvilliers (*Bulletins de la Soc. de chirurgie*, t. VI, p. 248); et l'on peut être surpris que la bourse olécrânienne ne se comporte pas de la même façon.

Nous avons vu précédemment que notre tumeur avait graduellement augmenté de volume, et j'ai cherché à expliquer ce mode de développement; il présente parfois dans sa marche des particularités qu'il n'est pas inutile de faire connaître. Dans certains cas, une nouvelle contusion sur la tumeur détermine un accroissement rapide; dans d'autres, c'est une maladie fébrile siégeant dans de tout autres organes. Lassus (*Pathologie chirurgicale*, t. I, p. 487) raconte qu'un homme eut au bras une contusion qui, après le traitement, laissa une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; elle resta deux ans dans le même état, mais sous l'influence d'une affection pyrétique grave elle devint grosse comme une tête d'adulte. Plus tard même, elle se gangrena et causa la mort du malade. Dans le fait de M. Larrey (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 246), dont j'ai déjà parlé, on lit qu'un officier reçoit une balle morte au bas de la cuisse; au bout de quelques mois, on constate l'existence d'une tumeur, et c'est seulement après quatre ans que l'accroissement de la tuméfaction et la douleur conduisent le malade auprès d'un chirurgien.

Ces tumeurs hématiques peuvent parfaitement être envahies par l'inflammation, ainsi que nous le voyons chez notre malade et chez celui de Lassus, dont je viens de parler; elles deviennent plus ou moins douloureuses, tendues, et présentent bientôt quelques points fluctuants. C'est là, pour le dire en passant, une cause d'erreur dans le diagnostic, car les lipomes et les fibromes s'enflamment aussi après avoir été de longues années indolents. C'est ce dont témoignent les observations de M. Velpeau (Hébert, *De l'inflammation du lipome*, thèse inaugurale, 1849), de M. Michon (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 318), de M. Chassaignac (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1860). On conçoit alors l'embarras du chirurgien en présence d'une tumeur à marche bénigne, à caractères peu tranchés, et présentant un foyer séreux ou purulent. Aussi, en pareille circonstance, c'est après bien des tâtonnements et souvent même après une opération qu'on arrive au diagnostic.

Puisque nous parlons de diagnostic, c'est le lieu d'examiner rétrospectivement s'il était possible dans le cas actuel. Possible, sans doute; car, en médecine, il ne faut jamais dire qu'une chose est impossible; mais il y avait de bien grandes difficultés, et j'avoue que je n'avais pas un seul instant songé à ce qui existait réellement. Il n'y aurait rien d'étonnant que moi, dont l'expérience est encore assez restreinte, je n'eusse pas découvert la vérité; mais quand je vois un chirurgien aussi riche d'observation et aussi rompu au diagnostic que M. Velpeau, suivre exactement la même marche que moi pour arriver à une conclusion presque identique, je me rassure et me console d'une erreur uniquement scientifique, et ne pouvant porter aucun préjudice au malade. Cependant, chaque fait porte avec lui son enseignement, et, en regardant avec attention, on trouve ici un ensemble sémiologique qui pourrait être utile par la suite. S'il y a une vérité démontrée en fait de diagnostic, c'est qu'on doit toujours s'en tenir à l'idée la plus simple, la plus commune; il ne faut accepter le fait exceptionnel que quand il est irréfragable. Or, que faisions-nous? Nous invoquions des modifications de structure, de consistance, déterminées par l'inflammation; modifications mal définies et qui ne sont pas en général telles que nous les rencontrions. Je vois en effet que lorsqu'on a eu affaire à un lipome abcédé, on a hésité

entre un abcès simple, un kyste, quelquefois un encéphaloïde. Si donc le lipome enflammé ressemble à tout cela, il ne doit pas ressembler à un épanchement sanguin. En conséquence, si je rencontrais aujourd'hui une tumeur très ancienne, non fluctuante, assez dure, n'offrant pas clairement les caractères du lipome ou du fibrome, encore moins ceux d'un abcès froid (car il en est de très longue durée), je rechercherais avec le plus grand soin si cela ne pourrait être un épanchement de sang réduit à ses matériaux solides.

Voici, messieurs, une question bien sérieuse que, malheureusement, la pénurie des faits ne me permet pas de résoudre, je ne puis que vous l'indiquer. Ces collections hématiques sont-elles toujours des tumeurs à marche bénigne, ou bien peuvent-elles devenir le point de départ d'affections plus graves par leurs caractères, leurs chances de récidive, etc.? Vous avez déjà vu que, dans le fait de Lassus, la tumeur avait passé du volume d'un petit œuf à celui d'une tête d'adulte ; c'est déjà grave, mais voici qui l'est bien davantage. Le malade de M. Larrey va consulter, au bout de quatre ans, un chirurgien qui extirpe incomplétement la tumeur : récidive six mois après. Pendant dix ans, état stationnaire, puis nouvelle extirpation très difficile, à cause des adhérences solides aux muscles et à l'aponévrose. Un an après, seconde récidive, même volume de la tumeur que l'année précédente ; on pratique une troisième extirpation, suivie de cautérisation au fer rouge. Vous croirez peut-être, messieurs, que j'ai été trompé par le titre ou les débuts de l'observation, et que je ne vous raconte là qu'une histoire de cancer récidivé. J'ai lu et relu cette observation, il n'y a pas de doute possible ; on a à plusieurs reprises examiné des portions de la tumeur au microscope, et aucun des chirurgiens qui ont fait ces recherches n'a trouvé les éléments du cancer. Non, la seule chose qui nous permette de comprendre cette ténacité dans la récidive, c'est que les deux premières opérations avaient été incomplètes par crainte d'entrer dans l'articulation du genou.

Quoi qu'il en soit, voilà une marche grave et de nature à inspirer de prudentes réserves pour le pronostic. Elle nous fournit en même temps une indication thérapeutique évidente.. Il faut, de toute nécessité, lorsqu'on est décidé à pratiquer l'ablation de la

tumeur, enlever la totalité du contenu et du kyste enveloppant. N'a-t-on pas maintes fois insisté sur cette nécessité pour l'hématocèle de la tunique vaginale qui présente d'assez grandes analogies avec les tumeurs dont nous parlons. Sans compter que, dans le cas possible, probable même d'une récidive, au lieu d'avoir affaire à une tumeur ferme, bien circonscrite, bien limitée, on risque de tomber, ainsi que cela est arrivé à M. Larrey, dans une masse très irrégulière, plus ou moins diffluente et presque impossible à enlever d'une façon bien complète.

Ont été nommés :

Membre titulaire : M. Edm. Simon.

Membres adjoints : MM. Chalvet, Fritz, Proust, Martineau et De Saint-Germain.

XXXVe ANNÉE. — NOVEMBRE 1860 (1).

SOMMAIRE :

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Insuffisance de la valvule mitrale. — 2. Enchondrome de la région parotidienne. — 3. Fausse membrane. — 4. Persistance du thymus chez un homme de quarante ans. — 5. Tubercules des ganglions bronchiques. — 6. Dilatation des conduits hépatiques. — 7. Corps étranger dans la mamelle. — 8. Insuffisance des valvules sigmoïdes. — 9. Tumeur cancéreuse de la faux du cerveau. — 10. Adhérence des feuillets du péricarde, dégénérescence calcaire. — 11. Kyste hydatique du foie. — 12. Enchondrome de la région parotidienne. — 13. Épingle retirée de l'urèthre. — 14. Tumeur de la région mammaire. — 15. Rupture du cœur. — 16. Ostéomyélite chronique du fémur. — 17. Tubercules pulmonaires, hématocèle recto-vaginale. — 18. Fractures multiples et simples courbures simulant des fractures chez un enfant rachitique. — 19. Nécrose de l'humérus. — 20. Hydatides de l'os iliaque. — 21. Oblitération de la veine porte.

OBSERVATIONS. — Cancer de l'orbite, méningite. Mort. Observation par M. PIHAN-DUFEILLAY, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport sur l'observation précédente, par M. DESCROIZILLES, interne des hôpitaux.

Diathèse cancéreuse par M. BRICHETEAU, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport sur l'observation précédente, par M. le docteur SIREDEY.

Cancer du poumon et de la plèvre. Observation par M. DESCROIZILLES, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport sur l'observation précédente, par M. le docteur GENOUVILLE.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Almagro* montre une *insuffisance de la valvule mitrale.* — Une femme de vingt-six ans entre dans le service de M. Bernutz, à la Pitié, le 28 juillet 1860. Cette femme est fortement consti-

(1) La Société ne tenant pas de séances pendant les mois de septembre et d'octobre le BULLETIN du mois de novembre fait suite à celui du mois d'août.

tuée et a joui toujours d'une bonne santé. Elle n'a jamais eu de rhumatismes, et dans sa famille personne n'a été atteint d'affection cardiaque.

Il y a deux mois, elle accoucha pour la première fois, et ce fut pendant sa grossesse qu'elle commença à avoir quelques troubles dans les fonctions circulatoires et respiratoires. En effet, elle nous dit qu'au quatrième mois de gestation elle était tourmentée souvent par des battements de cœur, que son haleine était courte et qu'elle se fatiguait facilement. En même temps ses jambes commencèrent à enfler. On attribua ces phénomènes à son état de grossesse et aucun traitement ne fut fait. L'accouchement fut heureux et facile. Les suites des couches furent normales, et notre malade se rétablit assez vite. Les battements de cœur la tourmentaient davantage ; les jambes continuaient à être enflées, ses forces diminuaient rapidement, et cet état la força à venir à l'hôpital.

A l'examen que nous fîmes de la malade, nous avons constaté l'état suivant : Démarche pénible, facies injecté, difficulté de respirer, lèvres cyanosées, membres inférieurs œdématiés.

A l'auscultation, bruit de souffle occupant la région du cœur ; il commence un peu avant la systole ventriculaire, cache tout le premier bruit et se continue un peu pendant le second. Son maximum d'intensité est à la base du cœur.

Potion avec 10 centigrammes de poudre de digitale et 2 gram. de teinture de colchique. — La malade est soulagée par ce traitement qu'on continue jusqu'au 6 août,

Dans la nuit du 5 au 6 août, cette femme est prise d'hémiplégie du côté droit. Les membres supérieur et inférieur de ce côté sont le siége d'une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité. — Hémiplégie faciale, perte complète de connaissance.

Le 6 et le 7, la malade est dans le même état; elle rend de l'écume par la bouche. La respiration est stertoreuse, et elle expire dans la nuit du 7 août.

Autopsie trente-deux heures après la mort. — Aucune lésion dans le cerveau. Cet organe présente le volume, la consistance et la coloration normales. Ses enveloppes présentent la même intégrité.

Dans la poitrine on a trouvé une affection du cœur. Cette altération consistait dans une insuffisance de la valvule mitrale, carac-

térisée par l'état cartilagineux de cette valvule, dont les bords libres, couverts de petites villosités dures, ne s'adaptaient pas complétement. L'orifice, en outre, était rétréci, à peine pouvait-on mettre deux doigts par sa cavité.

Dans le cœur droit, on n'a pas pu constater aucune altération, de même que dans les poumons. Tous les vaisseaux de l'abdomen et du bassin étaient dans l'état normal.

---

2. M. *Charrier* montre un *enchondrome de la région parotidienne* qu'il a enlevé à une dame de vingt-trois ans. Le début de l'affection remonte à deux ans et demi. Consulté à cette époque, M. Charrier constata qu'il existait au devant de l'oreille, dans la région parotidienne droite, une tumeur du volume d'un noyau de cerise, mobile et roulant sous la peau. Il y a trois mois, sans cause connue, la tumeur tripla de volume et détermina des douleurs dans les mouvements de mastication. L'opération, devenue nécessaire, fut des plus simples; une incision fut faite, et la tumeur, qui n'adhérait que par sa face profonde, fut séparée des tissus sous-jacents au moyen de quelques coups de ciseaux.

La tumeur est aplatie, son tissu est dense et crie sous le scalpel; elle offre à l'œil nu et à l'examen microscopique l'aspect des enchondromes.

---

3. M. *Raynaud* fait voir une *fausse membrane*, rendue par un enfant scrofuleux auquel on a pratiqué la trachéotomie le 21 mai. Depuis cette époque on a, à plusieurs reprises, tenté d'enlever la canule, mais les accidents de suffocation qui se manifestaient forcèrent à la laisser en place. Déjà l'enfant a rendu d'autres fausses membranes analogues à celles qu'apporte le présentateur. On a pensé que l'on pouvait bien avoir affaire à un croup chronique. Toutefois l'examen microscopique fait par M. Raynaud le porterait à croire, en raison de la présence de certains éléments de tissu élastique, qu'il ne serait pas impossible qu'il eût sous les yeux un lambeau de muqueuse laryngée.

---

4. M. *Bailly* montre un exemple de persistance du thymus chez un homme de quarante ans. L'organe offre un aspect bilobé et se trouve en rapport avec la crosse de l'aorte. Une incision pratiquée dans le tissu fait reconnaître l'existence d'une cavité centrale et du suc thymique.

---

5. M. *Danjoy* fait voir un *ganglion lymphatique* situé au niveau de la bifurcation de la trachée, à la racine des bronches, dont le volume a acquis la grosseur d'une noix, et qui contenait à l'intérieur quelques masses calcaires en même temps qu'un tissu ramolli, comme graisseux. Ce ganglion a été pris chez un individu ayant succombé à un cancer encéphaloïde du foie. Les poumons ne contenaient pas de tubercules.

M. Danjoy s'est assuré, au moyen des réactifs chimiques, que la matière contenue dans le ganglion se composait en grande partie de sels calcaires, et principalement de carbonate et de phosphate de chaux. L'examen fait au microscope y a montré en outre une grande quantité de graisse et des cristaux de cholestérine.

M. Danjoy demande l'avis de la Société pour connaître la nature de cette dégénérescence ganglionnaire.

M. *Cruveilhier*. — Il y a tout lieu de penser que l'on a affaire ici à un ganglion tuberculeux. L'angle de bifurcation de la trachée est le lieu de prédilection des tubercules ganglionnaires. Quant à l'absence de lésions des poumons, le fait n'est point exceptionnel, et j'ai, pour ma part, rencontré un certain nombre de fois, chez l'adulte, des tubercules dans les ganglions bronchiques sans qu'il y en eût dans les poumons. On ne doit pas s'étonner non plus de rencontrer de la matière tuberculeuse chez un cancéreux ; la Société en a déjà vu plusieurs exemples, et elle a admis comme démontré qu'il n'y avait point incompatibilité entre les deux diathèses.

M. *Perrin*. A l'occasion de cette question de la tuberculisation ganglionnaire, je demanderai à notre honorable président son opinion sur le rapport qui existe entre l'affection tuberculeuse des ganglions et l'affection générale que l'on désigne vulgairement sous le nom de *phthisie pulmonaire*. Il est encore une autre forme

de la tuberculisation qui n'a point de retentissement dans les poumons, c'est la tuberculisation des séreuses que j'ai rencontrée assez souvent chez les soldats; elle n'est point assurément de la même nature. Il n'y aurait donc pas identité parfaite entre le produit morbide développé accidentellement dans un ganglion, chez un homme bien portant d'ailleurs, et la matière tuberculeuse que l'on rencontre dans les poumons des phthisiques.

M. *Houel*. Le tubercule a une grande tendance à se ramollir lorsqu'il se développe dans le tissu pulmonaire, tandis que quand il est limité aux ganglions bronchiques, il ne se ramollit généralement pas, il subit le plus souvent la transformation crétacée. C'est déjà une différence que nous donne l'examen anatomique.

M. *Cruveilhier*. De tous les tissus et de tous les organes aucun n'a plus de tendance à être le siége de tubercules que le système ganglionnaire. Je crois, avec M. Perrin, que l'on doit faire une distinction entre l'affection primitivement et purement locale et l'affection générale.

---

6. M. *Potain* présente le foie d'une femme de quatre-vingt-six ans, ayant succombé dans un état de débilité sénile très prononcé. On n'a pu obtenir que peu de détails sur les antécédents de la malade ; on a su toutefois qu'il y a deux ans elle a eu un accès de colique hépatique sans ictère, qu'en outre ses digestions étaient difficiles. Deux mois avant sa mort, il était survenu un ictère qui avait duré quinze jours environ; il y avait de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. La mort survint dans le coma, qui n'avait point été précédé de délire.

A l'autopsie, on trouva un foie légèrement atrophié, granuleux à sa surface et présentant une couleur jaunâtre. La vésicule biliaire, très dilatée, contenait une assez grande quantité de calculs d'un noir verdâtre très brillant; le canal cholédoque et les canaux hépatiques, jusque dans leurs ramifications dans le tissu hépatique, offrent une dilatation considérable. L'orifice des voies biliaires dans le duodénum est parfaitement libre; il n'existe aucun obstacle au cours de la bile, soit au dehors, soit au dedans des voies biliaires.

M. Potain se demande comment a pu survenir cette dilatation des canaux hépatiques. Y a-t-il eu un calcul engagé dans le canal cholédoque qui a produit cette énorme dilatation et qui aurait été ensuite rejeté par les selles? On n'en sait rien. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est l'énorme dilatation des voies biliaires, qui ne peut s'expliquer que par une accumulation prolongée de la bile dans les canaux du foie; mais dans cette hypothèse il faudrait admettre qu'un obstacle de longue durée n'a point amené d'ictère permanent. Faut-il croire, au contraire, qu'il ait suffi d'une quinzaine de jours d'ictère, probablement avec interruption du cours de la bile, pour amener de semblables lésions?

Quant à l'aspect général du foie, cet organe est granuleux comme dans la cirrhose. Examinées au microscope, ses cellules sont remplies de granulations graisseuses, les lobules sont un peu atrophiés, le tissu cellulo-fibreux qui les enveloppe est plus développé que de coutume.

Les reins sont hypérémiés et offrent une coloration jaunâtre.

Les canalicules du rein, examinés au microscope, sont trouvés remplis de cellules altérées.

La rate n'offre aucune lésion. Le cœur est sain.

---

7. M. *Dolbeau* met sous les yeux de la Société une aiguille très fine, longue d'environ 3 centimètres, qu'il a retirée du sein d'une femme. Il donne à ce sujet les détails suivants :

Une femme se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, se plaignant d'une douleur vive dans le sein droit; on lui prescrivit une pommade, mais la douleur persistant, la malade revint de nouveau à la consultation. M. Dolbeau la vit alors pour la première fois; il trouva à la partie interne du sein droit une tumeur ayant à peu près le volume de l'extrémité du pouce, assez bien circonscrite, mobile, n'offrant d'adhérences ni avec la peau, ni avec les tissus profonds. Cette tumeur était devenue le siége de douleurs de plus en plus vives et donnait à la main qui la palpait une sensation très manifeste de crépitation.

M. Dolbeau crut avoir affaire à un de ces fibromes cutanés qui sont douloureux. Il proposa à cette femme de la débarrasser de son mal. L'opération fut décidée. Après l'incision de la peau, la

tumeur parut bien moins circonscrite qu'on n'aurait pu le penser; en continuant la section du tissu cellulaire, et au milieu de ce tissu, je rencontrai, dit M. Dolbeau, la petite aiguille que j'ai l'honneur de vous présenter. Ce corps étranger avait probablement déterminé un travail inflammatoire chronique en s'entourant de lymphe plastique, de manière à constituer la tumeur que l'on sentait à travers la peau.

On pourrait rapprocher ce fait d'un autre analogue.

M. Velpeau fut appelé auprès de mademoiselle B... pour une tumeur qu'elle portait au sein. Ce chirurgien pensa qu'il s'agissait d'un squirrhe, il en proposa l'ablation. Mais avant d'en arriver là, mademoiselle B... désira connaître l'opinion d'un autre chirurgien. M. Ricord fut consulté, et tout en examinant la tumeur, il sentit un corps qui lui piquait le doigt. Ai-je besoin d'ajouter que l'ablation fut jugée inutile et que l'extraction d'une aiguille amena la guérison complète? Ces deux faits, messieurs, portent avec eux un enseignement, c'est qu'il faut dans les tumeurs du sein penser parfois aux corps étrangers.

Je ne terminerai pas cette présentation sans vous rappeler un précepte que j'ai souvent entendu professer à mon maître, M. Nélaton, et qui trouve ici son application. Lorsque, dit cet habile chirurgien, dans l'examen d'un malade on rencontre un symptôme bizarre, c'est à ce symptôme qu'il faut donner toute son attention. La crépitation très nettement perçue dans le cas présent, due probablement au frottement de l'aiguille sur les cartilages costaux, était, dans l'espèce, un phénomène morbide insolite. Aussi devait-il attirer toute l'attention; alors un examen plus approfondi de ce symptôme aurait pu conduire au diagnostic.

---

8. M. *Danjoy* fait voir une *insuffisance des valvules de l'aorte*. —Deux de ces replis membraneux, incrustés de matière calcaire, présentaient quelques adhérences et devaient remplir leurs fonctions d'une manière tout à fait incomplète ; le troisième, qui n'offrait aucune de ces altérations, bien que tendu à ses deux extrémités, paraissait, à cause de la laxité de sa partie libre, permettre le reflux du sang de l'aorte dans le ventricule. Il y avait, en outre une dégénérescence calcaire assez marquée dans les parois

l'aorte ; l'une des plaques crétacées qne l'on y rencontrait s'était détachée par plusieurs points de sa circonférence, et semblait flotter dans l'intérieur du canal artériel.

Le malade sur lequel cette pièce a été recueillie avait un bruit de souffle très intense au deuxième temps du cœur, bruit de souffle que l'on entendait à distance et qui revêtait le caractère musical.

M. Hérard, dans le service duquel cet individu était placé, s'est demandé, à l'autopsie, jusqu'à quel point cette lésion limitée de l'aorte ne serait pas susceptible de produire ce timbre particulier.

M. *Barth*. De semblables lésions devaient amener un bruit de souffle. Mais, il faut bien le dire, les conditions dans lesquelles se produit le souffle musical sont obscures, et jusqu'ici il a été impossible de les déterminer : il y a là quelque chose que nous ignorons.

Quant aux lésions qui se développent sur les parois artérielles, elles sont de deux sortes. Les unes ont leur siége sous la membrane interne de l'aorte, elles sont le résultat de l'âge et de la sénilité ; elles sont constituées, au début, par un dépôt jaunâtre athéromateux, puis elles s'indurent et deviennent crétacées. Les autres arrivent à la suite de phlegmasies, d'aortite par exemple ; ce sont des dépôts albumino-fibreux qui se forment sur la membrane interne du vaisseau ; lorsqu'elles sont récentes, elles peuvent assez facilement se détacher, laissant au-dessous d'elles la tunique séreuse parfaitement lisse. Dans le cas actuel, il y a eu probablement une inflammation de l'artère, ce que confirment encore les adhérences des valvules sigmoïdes.

M. *Vidal* cherche à expliquer le caractère du bruit de souffle par la tension insuffisante d'une des valvules pouvant jouer le rôle d'une anche membraneuse pendant le reflux du sang de l'aorte dans le ventricule.

M. *Barth* ne saurait se ranger à l'avis de M. Vidal, puisqu'il a trouvé de semblables lésions sans souffle musical.

9. M. *Martineau* présente *une tumeur cancéreuse développée à la partie antérieure de la faux du cerveau* chez une femme de soixante-quinze ans, qui portait un cancer du sein et qui était atteinte d'un tremblement vertical. La substance de l'hémisphère cérébral droit sur lequel appuyait la tumeur avait été comprimée, mais n'offrait aucune lésion appréciable.

On observait, en outre, des noyaux cancéreux dans le foie et une collection considérable de gravelle urique dans l'un des reins. La veine fémorale gauche contenait un caillot sanguin organisé. Les artères avaient subi la dégénérescence crétacée. La rate offrait un très petit volume.

M. *Luys* pense qu'il est impossible de voir aucune relation entre le siége de la tumeur et le tremblement vertical dont cette femme était atteinte. Du reste, l'aspect extérieur et la consistance de la tumeur indiquent une date d'apparition assez récente. Il fait remarquer, en terminant, que le cas actuel ne fait pas exception à la règle, puisque c'est chez les femmes atteintes de cancer du sein que la généralisation diathésique s'observe le plus souvent.

---

10. M. *Proust* fait voir une hypertrophie du cœur chez un homme de trente-sept ans n'ayant jamais eu de rhumatisme. L'orifice aortique était à la fois rétréci et insuffisant, lésions révélées pendant la vie par un bruit de souffle : l'un au premier temps, rude, ayant son maximum d'intensité à la base du cœur, se prolongeant dans les artères ; l'autre au deuxième temps, disparaissant par intervalles, ayant son maximum au niveau du mamelon gauche, ayant disparu cinq ou six jours avant la mort du malade.

Il y avait, outre ces altérations, une adhérence complète des feuillets du péricarde, et au-dessous du feuillet pariétal, au niveau de la base du ventricule, une plaque ayant l'aspect et la consistance d'une moitié de cartilage thyroïde, longue de 3 centimètres et demi sur 2 de large ; de son extrémité antérieure partaient des fibres nacrées, comme aponévrotiques, qui se continuaient avec le feuillet viscéral de la séreuse.

M. *Genouville* croit pouvoir rapprocher cette altération de celle

que l'on observe parfois dans les artères et qui sont généralement liées à une phlegmasie antécédente.

---

11. M. *Potain* fait voir un *kyste hydatique* dégénéré, développé au niveau du bord tranchant du foie, chez une femme âgée, morte d'un cancer de l'estomac.

La tumeur en question n'avait jamais attiré l'attention pendant la vie ; elle était constituée par un kyste très dur et comme osseux dans la partie libre qui débordait le foie, fibreux dans la portion adhérente au parenchyme de l'organe. A l'intérieur, on trouvait une matière gris blanchâtre de consistance caséeuse, et des débris de membranes hyalines très minces plissées sur elles-mêmes.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'une matière granuleuse, qu'il existait de nombreux cristaux de cholestérine, et l'on y retrouvait aussi des crochets analogues à ceux des échinocoques. Aucun de ces parasites n'a pu être retrouvé en entier. Ils avaient tous péri et avaient subi la dégénérescence ordinaire que l'on remarque dans des cas semblables.

---

12. M. *L. Labbé* présente une *tumeur cartilagineuse* enlevée par M. Velpeau sur un jeune homme de vingt-quatre ans. — En 1854 avait apparu chez cet individu une tumeur indolente, ayant le volume d'une noisette dans la région parotidienne. L'extirpation en avait été faite en 1857. Quelques mois après la sortie de l'hôpital, le malade aurait vu reparaître une nouvelle tumeur dans la même région, et il se présentait dernièrement à la consultation de M. Velpeau pour être débarrassé de son mal. La tumeur avait le volume d'une petite orange : elle était mobile sous la peau, et l'on voyait la trace de l'ancienne cicatrice ; elle n'avait jamais occasionné de douleur, elle était bosselée et offrait à la partie supérieure une fluctuation obscure. M. Velpeau diagnostiqua une tumeur adénoïde de la région parotidienne peut-être de nature enchondromateuse.

L'extirpation fut facile, et la tumeur s'énucléa aisément. Elle offre à la coupe un aspect blanchâtre de consistance inégale ; son tissu est assez résistant et crie sous le scalpel.

13. M. *Mercier* montre une *épingle à tête*, longue d'environ 10 ou 12 centimètres, qu'il a *retirée de l'urèthre d'un homme.* — Cet individu racontait que, tourmenté par une rétention d'urine, il s'était introduit cette épingle qu'il n'avait pas pu retirer ensuite. Après quelques tentatives d'extraction faites par M. Mercier au moyen d'une pince à pansement, tentatives qui avaient été infructueuses, M. Mercier chercha à faire saillir la pointe, de manière à percer les tissus; mais, soit que cette pointe fût émoussée, soit par toute autre cause, il fut obligé de faire une très petite incision, afin de découvrir la pointe de l'épingle; il eut encore quelques difficultés à l'amener au dehors; mais, ayant fait sortir la totalité du corps étranger jusqu'à la tête exclusivement, il lui fit faire la bascule, et, poussant cette tête du côté du méat urinaire, il débarrassa le malade.

M. Mercier rappelle que ce procédé d'extraction des corps étrangers de l'urèthre n'est pas nouveau; que récemment, dans un cas analogue, il a été mis en usage par M. Boinet.

M. *Péan* raconte que tout dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, on a eu l'occasion de retirer de la même façon une épingle de l'urèthre d'un homme.

---

14. M. *Parmentier* présente une *tumeur de la région mammaire* enlevée, à la Maison municipale de santé, par M. Demarquay, le 22 novembre, sur une femme de quarante ans, à laquelle, dans le courant du mois de novembre de l'année dernière, on avait enlevé dans la même région une tumeur pesant 4 kilogrammes. Cette tumeur, examinée au microscope par MM. Dufour et Robin, avait été considérée par ces deux micrographes comme une hypertrophie des éléments glandulaires et de la trame fibreuse de la mamelle (voy. *Gazette médicale*, 1859, p. 818). Cette nouvelle tumeur a commencé à se développer il y a environ six mois. L'examen microscopique fait par M. Dufour a conduit notre collègue à penser qu'il s'agissait encore d'un tissu de structure glandulaire.

On peut rapprocher du fait précédent, ajoute M. Parmentier, l'observation d'un dame de Maubeuge atteinte d'une tumeur adénoïde du sein ayant récidivé cinq fois. Cette dame fut d'abord opé-

rée par M. Monod en 1852, au mois de mai. Récidive au bout de trois ans et demi. En janvier 1856, M. Demarquay enlève deux tumeurs, et avec elles la cicatrice résultant de la première opération et tout ce qui pouvait rester de tissu glandulaire. Une nouvelle tumeur se montra au niveau de la plaie, incomplétement cicatrisée ; elle fut enlevée au mois de janvier 1857. Trois mois après cette opération, on vit se développer une tumeur à côté de la cicatrice; quatrième opération en octobre 1857; enfin, en novembre 1858, la malade est opérée pour la cinquième fois.

Toutes ces tumeurs ont été examinées par M. Robin, qui les a considérées comme constituées par du tissu de tumeurs adénoïdes (hypertrophie glandulaire).

---

15. M. *Naret* présente une *rupture du cœur*. — Une femme, âgée de soixante-dix-huit ans, ne s'étant jamais plainte de palpitations ni d'essoufflements, mais ayant parfois des élancements dans la région du cœur, éprouva, dans la journée du 21 novembre dernier, de vives contrariétés. Vers quatre heures de l'après-midi, elle ressentit une douleur très violente à la région précordiale ; elle dîna néanmoins comme d'habitude ; mais, se sentant mal à l'aise, elle alla se coucher. Elle se releva quelques heures après et resta debout jusqu'à neuf heures du soir. Elle s'endormit jusqu'à une heure du matin; alors on l'entendit pousser un gémissement plaintif. Une de ses voisines l'appela sans en recevoir de réponse; la croyant endormie, elle ne s'en inquiéta pas davantage. A partir de ce moment, on ne l'entendit plus, et ce n'est que le lendemain matin que l'on s'aperçut de sa mort.

A l'*autopsie*, on trouva une perforation du ventricule gauche vers la pointe et un peu à droite, perforation dirigée de droite à gauche et de haut en bas, de la largeur de quelques millimètres. Intérieurement, les colonnes charnues du ventricule gauche sont rompues au niveau de l'orifice de la perforation, et l'on retrouve des caillots emprisonnés dans leurs débris. Le tissu musculaire du cœur est ramolli, évidemment altéré dans sa texture et paraissant avoir subi à un haut degré la dégénérescence graisseuse.

Dilatation de l'aorte ; insuffisance légère des valvules sigmoïdes ;

péricarde distendu par une quantité de sang que l'on peut évaluer à deux verres. Pas d'altération ni d'inflammation du péricarde.

---

16. M. *Guéniot* montre une *ostéomyélite chronique* avec dépôts osseux sous-périostiques du fémur. — Ce fémur provient d'un homme de trente-cinq ans, atteint d'une phthisie pulmonaire au troisième degré, fortement albuminurique, etc., en un mot dans un état cachectique avancé. Entré dans le service de M. Malgaigne, à l'hôpital de la Charité, pour une douleur et des abcès à la cuisse, ce malade succomba le 10 novembre, après avoir souffert depuis plusieurs années de la cuisse droite, qui fut, à diverses reprises, le siége d'abcès ossifluents, suivis de trajets fistuleux.

A l'*autopsie*, on trouva, outre ces fistules aboutissant jusqu'à l'os, le tissu cellulaire et les muscles de la région postérieure de la cuisse transformés en tissu fibro-lardacé, dur et blanchâtre dans toute la portion attenante à la lésion osseuse, et formant une couche de 2 à 4 centimètres d'épaisseur; une augmentation considérable du volume du fémur, produite par des dépôts osseux sous-périostiques dans toute la partie malade, c'est-à-dire dans le tiers inférieur de la diaphyse jusqu'à 2 centimètres du cartilage articulaire; un périoste très épaissi, se confondant avec le tissu lardacé environnant, et médiocrement adhérent à l'os. Dépouillée de son périoste, la surface osseuse est irrégulière, parsemée d'aspérités aplaties, et offre quelques stalactites proéminentes de 12 à 15 millimètres; plusieurs trajets fistuleux traversent la paroi diaphysaire et aboutissent tous au canal médullaire, ce qui fait d'abord soupçonner l'existence d'un séquestre invaginé; mais l'os scié dans sa longueur n'en offre pas trace; le canal médullaire, ayant ses proportions normales, renferme une sorte de sanie purulente d'un gris sale et fétide. La moelle n'est plus reconnaissable, et les cellules spongieuses qui bordent le canal paraissent plus grandes, et surtout se sont étendues à toute l'épaisseur de l'ancienne paroi osseuse. Il faut en excepter cependant la lamelle compacte la plus extérieure de l'os primitif, laquelle a résisté et apparaît sur la coupe au milieu de la paroi comme une ligne continue, blanche, compacte, séparant toute la portion ancienne de l'os des dépôts de

nouvelle formation. Ceux-ci offrent une zone de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, tantôt compacte, tantôt spongieuse, sans qu'il paraisse exister quelque régularité dans la répartition de ces deux caractères; une stalactite, sciée dans son milieu, offre du tissu spongieux à sa partie centrale et du tissu compacte à la périphérie. Le tissu spongieux des condyles est rouge et congestionné, mais sans lésion autrement caractérisée.

---

17. M. *Bricheteau* montre une *hématocèle recto-vaginale* chez une femme atteinte de tubercules pulmonaires.

Le 9 octobre, la malade eut une métrorrhagie très abondante formée de caillots sanguins. Cette hémorrhagie se continua pendant la nuit jusqu'à l'heure de la mort. Ignorance complète des antécédents de la malade au point de vue des fonctions du système utérin et des maladies antérieures. A l'*autopsie*, les poumons contenaient des cavernes aux deux sommets avec infiltration tuberculeuse dans tout le poumon droit. Le cœur est sain. Aucune lésion des orifices. Les ganglions bronchiques ont subi la dégénérescence tuberculeuse.

La cavité péritonéale contient environ 2 litres de sérosité claire avec quelques fausses membranes.

Au niveau du petit bassin, le péritoine est épaissi sans injection aucune.

Il existe des adhérences nombreuses qui unissent le rectum à l'utérus et l'ovaire gauche à cet organe derrière lequel il se trouve replié. Une sorte de bride transversale située entre la vessie et l'utérus unit tous ces organes aux parois abdominales et forme une masse compacte qui, par sa compression sur les vaisseaux hypogastriques, peut expliquer l'œdème des membres inférieurs observé pendant la vie. Toutes ces lésions indiquent une affection péri-utérine ancienne.

En introduisant le doigt dans le vagin, on sent sa cavité pleine de caillots sanguins; elle est en partie effacée et la paroi postérieure y forme une saillie très marquée.

Les organes sont enlevés; la vessie ouverte. Puis on incise la paroi antérieure du vagin. On voit alors la paroi postérieure offrant une surface convexe et constituant la paroi antérieure d'une

poche résistante, déchirée à sa partie supérieure et laissant échapper une certaine quantité de caillots sanguins par un orifice où peut pénétrer l'extrémité réunie de deux à trois doigts. Cette cavité est remplie de sang coagulé, d'une couleur noirâtre analogue à de la gelée de groseilles, dont il a en même temps la consistance.

Les caillots enlevés au moyen d'un courant d'eau, on trouve une cavité développée dans le tissu cellulaire prérectal, limitée en avant par la paroi postérieure du vagin, entrant par le repli qui s'étend de la face postérieure de l'utérus au rectum ; en arrière, par la paroi antérieure du rectum, dont la tunique musculeuse est mise à nu et comme disséquée. Sur le côté gauche, la paroi de la cavité est très mince et s'est déchirée dans la traction faite pour enlever les organes.

L'utérus est sain.

Les ovaires, repliés derrière l'utérus, fixés par des brides péritonéales, sont peu éloignés l'un de l'autre. Une fois dépouillés de leur enveloppe, ils ont été incisés par le milieu. Ils m'ont paru sains. Aucune trace d'hémorrhagie ni de foyer sanguin ; l'ovaire droit a son volume et sa consistance normaux. L'ovaire gauche est plus volumineux et son tissu offre moins de consistance qu'à l'état normal.

Les trompes n'ont rien présenté d'anormal.

La cavité de l'hématocèle ne communiquait pas avec la cavité peritonéale. La limite de l'hématocèle était formée en haut : en avant, par le col utérin, et en arrière, par le cul-de-sac recto-vaginal. Le péritoine est très épais et forme une sorte de plancher solide. Sur une coupe antéro-postérieure qui a été faite en dernier lieu et qui a compris la paroi postérieure de l'utérus, on voyait manifestement au changement de coloration, que l'hématocèle était limitée à l'espace prérectal sous-péritonéal, là où le péritoine se réfléchit de la face postérieure de l'utérus sur la face antérieure du rectum, une ligne manifeste de démarcation indique la limite supérieure de la cavité. En un mot, la dissection minutieuse de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une hématocèle située dans le tissu cellulaire prérectal et ne communiquant pas avec le péritoine.

---

18. M. *Coulon* présente des *fractures multiples et de simples courbures simulant des fractures chez un enfant rachitique.* Il remet la note suivante :

Alphonse D..., âgé de deux ans et demi, est entré le 25 juillet 1860 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marjolin, suppléé par M. Trélat.

Cet enfant était mal nourri et mal logé. Depuis cinq à six mois, il avait une diarrhée colliquative que rien ne pouvait arrêter ; il était sans force, pouvait à peine se tenir debout et très souvent il lui arrivait de tomber. Ce sont probablement ces chutes fréquentes qui ont causé les fractures et les courbures osseuses pour lesquelles il est entré à l'hôpital.

État actuel, le 25 juillet 1860 : enfant très maigre et portant des marques de scrofule, il a une blépharite ciliaire et plusieurs taies sur chacune des deux cornées. Les extrémités des os sont volumineuses. La clavicule droite présente vers sa partie moyenne un angle saillant en avant et l'on croirait avoir affaire à une fracture avec déformation angulaire ; mais en cherchant à redresser l'os on n'obtient pas de crépitation, ni de craquement.

L'humérus gauche est fracturé à sa partie moyenne, il est très facile d'obtenir la crépitation et de constater la mobilité anormale.

L'avant-bras droit présente une courbure très prononcée à concavité antérieure, et l'avant-bras gauche une courbure à concavité externe ; ces déformations ressemblent à celles que l'on observe chez les enfants atteints de fractures incomplètes, mais on n'obtient pas de crépitation, ni de craquement en redressant les avant-bras.

Les deux fémurs sont aussi fracturés : le droit à la partie moyenne et le gauche au tiers supérieur ; en leur imprimant des mouvements de latéralité on obtient de la crépitation.

Les deux jambes aussi sont courbées ; la droite beaucoup plus que la gauche présente une saillie antérieure et la gauche une saillie antéro-interne.

M. Trélat s'efforce de rendre aux os leur rectitude normale et place les membres fracturés dans des appareils confectionnés avec des attelles de carton, des compresses et des bandes. L'enfant prend des astringents pour arrêter sa diarrhée, et il est soumis à un régime tonique.

Les membres fracturés sont examinés plusieurs fois dans le courant du mois d'août, et jamais on ne trouve le moindre indice de consolidation.

Cet enfant, qui s'était bien porté pendant son séjour à l'hôpital jusqu'au 22 août, est pris, sans cause appréciable, ce jour-là, de convulsions, et succombe le 23, à la suite de l'une d'elles.

Autopsie. — Le périoste qui recouvre les différents os de cet enfant a de 4 à 5 millimètres d'épaisseur ; il est peu adhérent au tissu osseux dont on le sépare facilement. Le tissu compacte est très mince. Plusieurs os, entre autres ceux des avant-bras et des jambes, ont l'apparence, non pas osseuse, mais fibreuse. Il n'y a de fractures complètes que celles de l'humérus et des deux fémurs, encore les fragments sont maintenus en contact par le périoste épaissi et nullement déchiré.

Les autres os présentent de simples courbures, et l'on voit, du côté de la concavité, entre le périoste et l'os, un tissu aréolaire très fin, désigné par les auteurs sous le nom de tissu spongoïde. On voit aussi quelques épanchements sanguins peu considérables entre l'os et le périoste.

Le thorax ne présente pas, à sa face exerne, le chapelet rachitique ; mais ce chapelet est très prononcé à la face interne de la paroi thoracique; chaque côté présente au dedans, à son union avec le cartilage, une nodosité considérable.

Les os du crâne sont vasculaires; la fontanelle antérieure n'est pas encore complétement ossifiée, quoique l'enfant soit âgé de deux ans et demi.

Pas de tubercules dans les poumons; — cœur normal; — foie volumineux; — la muqueuse intestinale n'est pas injectée; les plaques de Peyer ne sont pas saillantes.

Le cerveau et les autres organes ne présentent aucune altération.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; elle montre que les os, chez les rachitiques, sont non-seulement très flexibles, mais aussi très fragiles.

Elle nous montre l'humérus gauche et les deux fémurs ne présentant pas de courbure, mais une fracture complète de l'os sans déchirure du périoste.

Elle prouve que la consolidation ne se fait pas chez les rachitiques pendant la période de ramollissement des os.

Elle nous montre enfin plusieurs altérations curieuses comme un épaississement considérable du périoste, des épanchements sanguins entre le périoste et l'os, une transformation du tissu osseux en tissu fibreux; et, du côté de la concavité des courbures osseuses entre le périoste et l'os, un développement de tissu fin, aréolaire, appelé tissu spongoïde.

---

19. M. *Chalvet* fait voir une *régénération des deux tiers supérieurs de l'humérus, avec séquestre énorme invaginé.*

X..., âgé de deux ans et demi, a des antécédents scrofuleux. A son entrée à l'hôpital, le moignon de l'épaule est fortement tuméfié et arrondi; la peau tendue et luisante. La pression et les mouvements communiqués étaient excessivement douloureux. Le grand pectoral est soulevé par une collection de pus qui communique avec le foyer qui entoure l'articulation scapulo-humérale. La fluctuation profonde est perçue jusque vers le milieu du bras ; elle n'est sentie ni en arrière ni dans le creux axillaire. L'empâtement se propage en haut dans le creux sus-claviculaire.

L'état général est mauvais ; l'enfant a de la fièvre surtout le soir, et il ne mange pas. Le pouls est petit, fréquent; la peau est chaude et sèche. Le sommeil est souvent interrompu par des cris aigus.

Le 26 juillet, M. Dolbeau vide la collection purulente avec un tube à drainage. La suppuration est très abondante jusqu'au 1er aout; on retire le tube en caoutchouc. Ce même jour, le chef de service ouvre un nouvel abcès dans le creux sus-claviculaire. Il en sort une assez grande quantité de pus jaune et bien lié.

A partir de cette époque, le malade paraît moins souffrir; il s'affaisse progressivement et meurt le 8 août, épuisé par la suppuration.

A l'*autopsie*, on voit la tête de l'humérus complétement séparée du col chirurgical au niveau des tubérosités. Cependant cette tête humérale est encore logée dans la cavité glénoïde; l'articulation n'est pas envahie par le pus.

Les surfaces articulaires offrent pour toute altération, du côté

de l'humérus un amincissement général de la couche cartilagineuse. On remarque sur divers points de petits pertuis qui s'enfoncent jusqu'à l'os. Du côté de la cavité glénoïde, il existe un point où la substance osseuse est dénudée.

A la base de l'apophyse coracoïde, existe un endroit nécrosé, qui a été le point de départ de l'abcès qu'on a ouvert en dernier lieu. Du côté de l'humérus, les deux tiers supérieurs de l'os sont dénudés et flottent dans le pus. Séparée en haut du col, comme nous l'avons dit, cette portion de la diaphyse se laisse pénétrer par l'ongle vers son extrémité supérieure. Le reste est arrondi par l'absorption, mais il est plus résistant. La surface s'exfolie facilement. Ce long séquestre est entouré d'abord d'une couche de pus, puis d'un cylindre moitié osseux, moitié fibreux, qui invagine l'os ancien.

Le nouvel os est fortement implanté sur le tiers inférieur de l'os ancien resté sain à ce niveau.

La partie déjà ossifiée du nouvel os offre une énorme cavité centrale qui ne peut être considérée comme un canal médullaire, attendu qu'une membrane fibreuse, véritable périoste, l'entoure de toute part comme un os plat.

Mais le fait le plus intéressant présenté par cette pièce est une jetée osseuse que l'on voit se porter de l'os de nouvelle formation à la tête humérale ancienne, pour lui former un nouveau col anatomique.

Par ce soin de la suture, si l'enfant avait résisté à l'abondance de la suppuration, il se serait trouvé guéri avec la régénération des deux tiers supérieurs de la diaphyse de l'humérus et conservation de la tête de l'os ancien. Le tout aurait offert une continuité solide, et le malade aurait pu se servir de son bras, ainsi que je l'ai déjà vu chez un enfant qui a perdu la tête humérale et presque toute la diaphyse du même os du côté gauche.

Cette pièce montre bien le mécanisme d'après lequel se fait l'élimination de ces énormes séquestres, qui sont remplacés par la régénération de la presque totalité des os longs des membres.

Il s'agissait bien ici d'une nécrose de l'humérus et non pas d'une scapulalgie. — Les surfaces articulaires n'ont été compromises que par voisinage.

20. M. *Pihan* montre des *hydatides de l'os iliaque*, et remet la note suivante :

X..., âgé de vingt-sept ans, entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Robert, suppléé par M. le docteur Bauchet, dans les premiers jours du mois d'août 1860.

Ce garçon, d'apparence vigoureuse, faisait partie d'un régiment de cavalerie lorsque, à la suite d'une chute de cheval, il fut porté à l'hôpital pour y être traité d'une violente contusion de la fesse et de la hanche droites.

Malgré l'absence de toute lésion grave en apparence des os ou de l'articulation, le séjour de deux mois dans les salles ne le rétablit qu'incomplétement, ne lui permit de reprendre que momentanément son service, et le malade ne tarda point à rentrer à l'hôpital. Malgré les médications diverses employées contre la douleur persistante de son articulation et la gêne des mouvements, il fut bientôt réduit à ne pouvoir faire quelques pas qu'à l'aide d'une béquille, qui lui permettait de progresser tout en conservant la cuisse dans l'adduction et la flexion sur le bassin. Au bout d'un an écoulé sans amélioration, le malade fut réformé, et après un séjour d'une seconde année dans les hôpitaux militaires, et de quelques mois chez lui, il entra à l'Hôtel-Dieu.

La cuisse est portée dans une forte adduction, avec flexion sur le bassin; la fesse droite est très tuméfiée, douloureuse à la pression, et laisse reconnaître une fluctuation obscure et profonde. Cette tuméfaction se prolonge jusque vers le cinquième supérieur de la cuisse. Impossibilité des mouvements du membre, si ce n'est dans un rayon très restreint, et avec des douleurs extrêmement vives. L'aspect du bassin et de la cuisse est celui qu'on rencontre dans la coxalgie avancée, avec raccourcissement réel du fémur. En tous cas, le raccourcissement apparent est considérable, les mouvements communiqués extrêmement douloureux, les mouvements volontaires impossibles; la région des reins fortement ensellée, le décubitus latéral sur le côté gauche, et la palpation légère du côté malade à peu près indolore. Un coup de bistouri dans la tumeur fluctuante donne issue à une énorme quantité de pus inodore (environ 2 litres trois quarts), et permet, après quelques tâtonnements, de porter un stylet sur l'os dénudé.

En présence d'un si vaste foyer, d'une lésion de l'os et de l'arti-

culation, qui, quelle qu'en fût la cause, devait, par son ouverture et l'introduction de l'air, accélérer la marche des accidents, M. le docteur Bauchet crut devoir employer le drainage, pratiqué au moyen de sétons tubulaires multiples, dont le but était moins de donner écoulement au pus que de permettre un libre accès et une libre sortie à l'air, et donner la facilité de laver le foyer avec des injections d'eau, et de le traiter avec des injections iodées. Malgré ce traitement, aidé d'une nourriture et d'une hygiène aussi réparatrices que possible, le malade s'affaiblit; il fut pris de fièvre hectique, et succomba le 10 octobre 1860.

Autopsie. — Au niveau du foyer purulent, disséqué couches par couches, à la face interne de la paroi, on tombait dans une vaste cavité remplie de pus, de fragments osseux et de petites poches blanches demi-opaques, variant du volume d'un grain de millet à celui d'une grosse fève, et qu'on reconnut immédiatement pour être des poches hydatiques. L'examen pratiqué, dès lors, avec le plus grand soin nous montre : 1° toute la portion iliaque de l'os de la hanche offrait une lésion fort rare et fort curieuse ; ses deux tables internu et externe, écartées, amincies, formaient les parois d'une vaste cavité creusée dans l'épaisseur même de l'os, et ayant à sa partie moyenne 6 centimètres et demi, distance qui séparait à ce point les deux tables l'une de l'autre. Ces deux tables elles-mêmes étaient usées en partie, n'offrant plus que des lamelles épaisses de 2 ou 3 centimètres de diamètre, isolées les unes des autres, et adhérant aux parties molles qui les soutenaient ; elles permettaient, grâce à leur induration, de constater leur rapport exact, et maintenaient béante la cavité par les tables intactes de l'os. Toute la substance spongieuse de l'os, complétement nécrosé, formait des séquestres de dimension variable, depuis la poussière osseuse jusqu'à celui de fragments de la grosseur du pouce, contenus dans cette cavité, et s'entremêlant aux masses hydatiques qui la remplissaient. Celles-ci, développées dans l'épaisseur de l'os, occupaient non-seulement l'espace compris entre les deux tables écartées, mais s'étendaient encore dans les interstices des muscles du bassin, interstices disséqués par la collection purulente formée à la face externe du bassin. La cavité cotyloïde détruite, permettant à la tête fémorale de faire saillie dans le bassin jusqu'au niveau du petit trochanter, cette tête était presque complétement

détruite, et n'offrait plus qu'un cône usé et aminci, surmonté d'une faible portion restante de la sphère de la tête fémorale.

L'os iliaque n'était pas le seul atteint; l'articulation sacro-coxale était envahie; la partie antérieure des deux premières vertèbres sacrées est détruite, et une grande échancrure est creusée dans les deux dernières vertèbres lombaires. Des poches hydatiques remplissent ces cavités; elles pénètrent par les trous sacrés, et occupent, en grande partie, les muscles de la gouttière sacrée et s'infiltrent dans leurs interstices. Les nerfs lombaires et sacrés ne sont nullement comprimés; le canal vertébral n'est point envahi.

L'examen minutieux des autres viscères n'a fourni rien à noter; le foie, les reins, le cœur, la rate, les poumons, le cerveau ne contenaient pas d'hydatides, et l'os iliaque était le seul point où consécutivement à la contusion elles se sont développées.

M. *Lancereaux* ne pense pas qu'il faille faire jouer un certain rôle à la contusion comme cause de la maladie dont cet individu était atteint.

M. *Genouville* ne saurait être de l'avis de M. Lancereaux; il croit que les contusions sont aptes, sinon à produire, du moins à favoriser le développement des hydatides. Il cite à l'appui de sa manière de voir l'observation de kyste hydatique de la plèvre rapportée par M. Vigla dans un mémoire inséré dans les *Archives* de 1855, et l'opinion de M. Cruveilhier (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, article ACÉPHALOCYSTES).

---

21. M. *Ed. Labbé* montre une *oblitération de la veine porte* chez un homme de trente-cinq ans atteint d'un cancer de l'estomac, qui a vraisemblablement succombé à la suite d'accidents provenant du développement de caillots formés dans le cœur.

Cette oblitération a son siége dans les ramifications de la veine qui se distribuent au foie, et donne à cet organe, coupé par tranches, l'aspect d'un foie lardé; toutes les branches de ce vaisseau sont, en effet, remplies par une matière d'un blanc rosé, de consistance semi-solide. En deux endroits, et principalement au niveau de la bifurcation du vaisseau, on trouve un point où les

parois de la veine semblent être le siége d'une dégénérescence cancéreuse ; un tissu d'un blanc sale, demi-transparent et comme gélatineux, remplit le calibre de la veine dans une étendue de 1 à 2 centimètres. Le foie, qui offre sa forme et sa coloration normales, a cependant subi une assez grande diminution de poids sans altération appréciable de son tissu. La vésicule contient une petite quantité de bile d'un jaune verdâtre.

La lésion paraît remonter à une époque déjà éloignée, si l'on s'en rapporte aux symptômes observés pendant la vie, et à l'ascite qui durait depuis huit mois.

Ce fait, ajoute le présentateur, offre un double intérêt. On peut d'abord se demander s'il s'agit ici d'une dégénérescence des parois veineuses, ou si le suc cancéreux est venu se déposer à l'intérieur du vaisseau. En second lieu, l'âge peu avancé du malade était venu jeter quelques doutes sur la nature véritable de l'affection. C'est un cas (à ajouter à bon nombre d'autres) de cancer développé dans la première période de la vie. Ces faits me paraissent être plus fréquents qu'on ne le pense généralement, et le jeune âge ne doit pas faire exclure *à priori* l'idée de cancer. Je pourrais, pour ma part, citer l'exemple d'individus affectés de cancer à cette époque de la vie. Ainsi j'ai pu voir cette année à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, un homme de trente-deux ans atteint d'un cancer du médiastin ; à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau et dans le service de M. Briquet, deux femmes, l'une de trente-deux ans, l'autre de vingt-neuf ans, portant un cancer de la grande courbure de l'estomac ; enfin, dans le service de M. Béhier, un individu de vingt-sept ans dont les ganglions mésentériques étaient manifestement le siége d'une dégénérescence encéphaloïde. Chez presque tous ces individus, je pourrais même dire chez tous, l'âge avait, en quelque sorte, fait éloigner l'idée d'une affection cancéreuse, et, pour ce motif, des chefs de service aussi éminents que ceux que je viens de citer avaient pu se méprendre sur la nature de la maladie. Aussi, je le répète, à mesure que ces faits se multiplient, doit-on moins faire entrer en ligne de compte l'âge pour le diagnostic des affections, qui d'ailleurs semblent se rattacher aux affections cancéreuses. Il existe, du reste, dans la science des faits analogues : qu'il me suffise de citer, entre autres, deux cas de cancer du médiastin chez deux individus âgés, l'un de

vingt et un ans, l'autre de trente-deux ans, rapportés par Budd dans un récent mémoire analysé dans les *Archives* du mois de mars dernier.

M. *Siredey*. A l'appui de ce que vient de dire M. Labbé, je rappellerai l'observation d'un homme de vingt-cinq ans atteint d'un cancer du poumon, qui vous a été présentée par M. Bricheteau dans l'une de vos dernières séances.

M. *Besnier*. Le cancer est loin d'être rare dans le jeune âge, et quiconque a passé une année à l'hôpital des Enfants a eu l'occasion de faire de semblables remarques. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des cancers de l'utérus chez des femmes d'un âge peu avancé.

M. *Pillon*. En 1856, de pareilles réflexions ont été faites devant la Société à l'occasion de deux pièces que j'ai présentées. C'était un cancer du rectum chez une fille de seize ans, et un cancer de l'estomac chez un garçon de vingt et un ans.

CANCER DE L'ORBITE, MÉNINGITE, MORT. — Observation par M. PIHAN-DUFEILLAY, interne des hôpitaux.

Soixante-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 avril 1860, salle Saint-Jean, 8.

D'une bonne santé habituelle, sans aucun antécédent syphilitique ni cancéreux; il commence seulement, depuis quelque temps, à éprouver de légers troubles de la vision du côté gauche. Ces troubles remontent à six semaines seulement avant l'époque où il se présente à notre observation. Jusque-là il n'avait encore éprouvé aucune douleur du côté de l'orbite et des tempes, et il ne peut faire remonter au delà de quarante jours le début de l'affection qui l'amène dans nos salles.

A partir du moment où il ressentit les premières douleurs dans l'orbite, sa vue baissa rapidement du côté gauche seulement, et ce phénomène s'accompagna d'exophthalmie rapidement croissante, d'un sentiment de tension douloureuse dans la région de

l'orbite avec légères exacerbations, et douleurs névralgiques s'irradiant suivant le trajet des nerfs frontaux.

C'est pour obvier à cet état qu'il consulta un médecin ; celui-ci crut avoir affaire à un abcès du tissu cellulaire post-oculaire. Une ponction, pratiquée le 21 mars, ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang et ne modifia en rien la marche des accidents. Le malade, voyant son état s'aggraver, se présenta à l'Hôtel-Dieu, et y fut admis quarante jours au plus après le début des premiers accidents et dans l'état suivant :

État général fort bon ; l'affection locale semble n'avoir en rien réagi sur l'économie. L'œil droit a gardé son aspect normal, et la vision s'y exerce parfaitement. L'œil gauche est fortement propulsé en avant ; la conjonctive, repoussée, déborde la paupière inférieure, forme un bourrelet violacé, épais et large, et recouvre le tiers supérieur de la paupière inférieure. Le globe de l'œil, saillant, est recouvert par les deux paupières que le malade ne peut plus ouvrir ; elles sont amincies et comme légèrement variqueuses.

La conjonctive, très injectée, masque toute la sclérotique formant un peu chémosis sur la cornée. Celle-ci est intacte et permet de voir le fond de l'œil. On y aperçoit alors une sorte de tapis brillant, argenté, remplaçant la couleur noire de la choroïde et dont la saillie, quoique légère, semble se détacher un peu en relief sur le fond de l'œil. Les milieux paraissent intacts. La vision est totalement abolie. Le globe de l'œil ne paraît pas avoir notablement augmenté suivant ses diverses dimensions.

Le malade est sans fièvre, avec un sentiment constant de douleur gravative dans l'orbite, sans toutefois que son intensité soit suffisante pour le priver de sommeil et pour l'empêcher, pendant tous les jours qui ont précédé, de vaquer à ses occupations.

En présence de ces symptômes, de leur marche et de l'époque à laquelle, d'après les renseignements du malade, on en faisait remonter le début, on fut autorisé à croire à un phlegmon post-oculaire, encore à la période inflammatoire lors de la ponction pratiquée en ville, et arrivé actuellement à la période de suppuration. Ce diagnostic était d'autant plus probable qu'on sentait une sorte de fluctuation à la palpation, avec la pulpe d'un doigt, de la masse de tissu faisant saillie à l'angle interne de l'orbite.

Une ponction fut faite en ce point et ne donna encore qu'un

peu de sang. Pour dégager les tissus, on plaça une sonde élastique dans l'orifice ainsi formé, et on l'enfonça avec précaution jusqu'au fond de l'orbite. Le malade fut laissé au repos.

Pendant deux jours la présence de cette sonde et l'effet de la ponction restèrent, pour ainsi dire, inaperçus du malade. Un léger écoulement séro-sanguin seul suintait par gouttelettes sans mélange de pus ou de sang pour se produire par la lumière de la sonde.

Quelques doutes s'élevèrent sur la nature de cet écoulement, doutes qui reçurent leur explication de la marche des accidents.

Au bout de deux jours, on aperçut la sonde agitée de battements réguliers, isochrones au pouls et très réguliers. L'auscultation ne put faire constater qu'un battement puissant, une sorte de mouvement d'expansion soulevant l'œil et la paupière, imprimant un choc sensible au doigt et à l'oreille, appliqués sur ces parties, mais sans bruit de souffle. Ces battements rappellent l'idée des battements du cerveau et y sont volontiers rapportés.

Le soir du jour où, pour la première fois, ont paru ces battements, le malade est pris de fièvre, de céphalalgie et de légère excitation des fonctions cérébrales. Le lendemain (quatrième jour après la ponction), les battements persistent avec intensité; abattement, difficulté extrême de la parole, légère contraction générale avec paralysie prédominante, perte de la mémoire des mots; efforts extrêmes pour parler, sans y réussir; constipation, augmentation rapide de ces accidents; ils sont attribués à une méningite, née peut-être de la présence de la sonde dans l'orbite. Augmentation rapide des phénomènes qui aboutissent à la mort, le sixième jour au matin, après la ponction (11 avril).

Autopsie. Crâne. — Rien de notable; liquide céphalo-rachidien notablement augmenté.

Méninges. — Méningite suppurée de toute la cavité des deux hémisphères; on peut recueillir une cuillerée à café de pus contenu entre l'arachnoïde et les circonvolutions. La base du cerveau n'offre pas trace d'inflammation.

Cerveau. — Ramollissement notable de la substance grise et de la circonvolution satellite du nerf optique du côté gauche. — Rien autre.

Le cerveau enlevé, on trouve la dure-mère étendue comme un

voile sur l'orbite gauche, la voûte des fosses nasales et la partie interne de l'orbite droit. Elle est molle, dépressible, et on s'aperçoit qu'au-dessous les os manquent dans une grande étendue. On l'enlève sans difficulté ; elle n'offre aucune adhérence pathologique, sauf vers le tiers postérieur de l'orbite gauche, où cependant on l'enlève par simple traction, sans qu'elle semble faire corps avec la tumeur située au-dessous. En un seul point, elle est légèrement tiraillée et déchirée. C'est au niveau du point où aboutit un stylet mousse introduit avec précaution par l'ouverture de ponction faite quelques jours auparavant avec le bistouri. C'est probablement l'orifice d'issue du liquide que nous avons vu suinter par la sonde à demeure. Ce trajet, suivi par la sonde, est situé en dedans de la tumeur qui remplit l'orbite, et ce trajet est le seul point où cette tumeur soit ramollie.

Os. — Toute la voûte de l'orbite gauche, des fosses nasales et le quart interne de l'orbite droit manquent complétement. Cette énorme lacune est bordée par des fragments osseux amincis, déchiquetés, d'une extrême fragilité et qui sont en arrière ; les apophyses clinoïdes postérieures ramollies et amincies, et la ligne âpre représentée par l'arête de la petite aile du sphénoïde amincie à gauche, mais encore parfaitement saine à droite, à sa base et à son sommet. En avant les os propres du nez n'offrent plus que quelques fragments adhérents au périoste ; le frontal, usé à sa partie moyenne, a disparu en ce point, et la boîte crânienne est formée par le péricrâne et la dure-mère, comprenant entre eux, dans une étendue d'une pièce de 2 francs, quelques fragments osseux, rugueux et épars.

Il n'y a plus trace de l'ethmoïde ni des autres os qui forment la voûte et la partie supérieure des fosses nasales, du frontal ni des apophyses clinoïdes. Cette voûte était formée par la dure-mère qui une fois enlevée, permettait à une sonde de sortir par les fosses nasales en traversant une masse pulpeuse.

Il y a également disparition de la cloison osseuse qui forme la paroi orbitaire interne à droite, de sorte que les deux orbites ne forment plus qu'une seule et vaste caverne.

Le plancher de l'orbite gauche est très aminci, ainsi que la paroi interne du sinus maxillaire ; cet amincissement se continue graduellement jusqu'à une perforation située au tiers interne du

plancher, perforation qui fait partie de la vaste destruction osseuse déjà indiquée, et par où un petit prolongement de la tumeur pénètre dans le sinus maxillaire.

L'aponévrose est parfaitement intacte à droite, ainsi que le globe de l'œil, qui est légèrement repoussé en dehors par l'irruption de la tumeur, mais qui remplissait encore très bien les fonctions de la vision.

A gauche, l'aponévrose est également intacte, excepté en dedans, dans la partie répondant aux fosses nasales. Elle y a disparu, de telle sorte que la tumeur se prolonge en une seule masse de l'orbite gauche à l'orbite droit en remplissant les fosses nasales.

Le nerf optique et l'artère sont restés sains au milieu de la tumeur, mais ont dû être comprimés par elle. Le globe de l'œil roule sur la tumeur, est intact extérieurement, mobile, et semble n'offrir rien de notable.

Tumeur. — Elle remplissait tout l'orbite gauche, où elle était limitée par le globe de l'œil en avant, l'aponévrose de Ténon en dehors et en arrière; elle se prolongeait dans les fosses nasales, dont elle occupait sans interruption toute la partie supérieure, de là gagnait l'orbite droit, dont elle avait déjà fait disparaître la paroi interne. En arrière, elle s'étendait jusqu'aux apophyses clinoïdes : comme en haut, une coque fibreuse formée par la dure-mère séparait entièrement cette tumeur du cerveau. En avant, elle venait saillir à l'angle interne de l'œil gauche et y était sous-conjonctivale. Elle avait envoyé un prolongement peu volumineux encore dans le sinus maxillaire.

Cette tumeur, de consistance mollasse, d'aspect encéphaloïde, peu vascularisée, semblait donc née dans les sinus frontaux à gauche ou dans la voûte des fosses nasales. De là elle s'était irradiée vers les deux orbites, surtout le gauche, qui était totalement rempli. La seule partie ramollie et pulpeuse était la partie naso-orbitaire, siége de la ponction, et où la sonde est restée trois jours en permanence.

Examinée au microscope, la tumeur offre une masse considérable de graisse, tant infiltrée qu'en globules, formant de petits amas et bon nombre de cellules à noyaux multiples, n'offrant pas encore les caractères cancéreux bien prononcés.

L'examen de tous les autres organes n'offrait rien à noter.

Extrait du rapport de M. DESCROIZILLES *sur l'observation précédente.*

On comprend, en présence d'une lésion aussi étendue, que la vie ait été promptement et infailliblement compromise; mais ce qu'on s'explique moins facilement, c'est que, d'une part, le malade ait joui d'une sorte d'immunité jusqu'à l'apparition de la méningite, et que, d'autre part, cette dernière affection ait marché avec une foudroyante rapidité, bien qu'on n'ait constaté ni réaction générale ni symptômes de voisinage bien tranchés. Les premières manifestations de la maladie ne semblaient pas remonter à plus de cinq semaines, et ces manifestations avaient été bénignes, presque insignifiantes jusqu'au moment où une exploration avait été faite avec le trocart. Il est bien probable que la tumeur avait pris naissance longtemps avant le début des premiers accidents, car il est bien rare que des désordres aussi graves ne présentent pas plus d'ancienneté quant à ce qui concerne l'époque de leur début. Le fait est, en tout cas, des plus curieux. On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* une observation qui, sous plusieurs rapports, se rapproche de celle qui nous occupe actuellement. Il y a plusieurs années, un de nos anciens collègues, M. Pigné, présenta à la Société une pièce provenant d'un malade, atteint d'une énorme tumeur, qui, née dans l'orbite, en avait détruit les parois et fait saillie à l'extérieur, non-seulement en avant, mais dans la fosse temporale. L'absence de douleurs et de tout symptôme alarmant avait inspiré au malade une sécurité trompeuse; mais l'exploration par la vue suffisait pour édifier l'observateur au sujet de la gravité de l'affection. Qu'une tumeur semblable, au lieu de se développer surtout par ses parties antérieures et externes, marche, au contraire, comme chez le malade de M. Pihan, d'avant en arrière, et s'accroisse aux dépens des parties intra-crâniennes, son existence restera longtemps inaperçue, et le chirurgien qui se baserait, pour reconnaître sa nature et en déduire le traitement, sur l'ancienneté seule du premier symptôme, s'exposerait souvent à commettre une erreur de diagnostic bien préjudiciable au malade. L'observation précédente en a offert une preuve : on chercha, en effet, à établir un diagnostic sur les antécédents en même temps que sur l'étude de l'état actuel. Or, on

était fondé à croire qu'il n'y avait pas là de tumeur maligne : l'apparition brusque des phénomènes et leur marche rapide écartaient cette idée. A ces symptômes fonctionnels à marche insidieuse se joignait un signe physique des plus trompeurs, c'est-à-dire une sensation de fluctuation profonde, perceptible au grand angle de l'œil. Cette sensation fut rapportée à la présence d'une collection liquide, et cette interprétation était la plus naturelle. Cette fausse fluctuation se rencontre dans certains amas de matière encéphaloïde non ramollis, mais élastiques et marchant avec rapidité : aussi les a-t-on souvent confondus avec des kystes. Cette cause d'erreur, sur laquelle plusieurs de nos auteurs classiques ont insisté, est d'autant plus funeste que la ponction capillaire exerce sur leur évolution une influence incontestable et généralement fâcheuse. Le malade de M. Pihan avait subi deux de ces ponctions, l'une capillaire, à laquelle succéda une série de symptômes assez graves pour obliger le sujet à entrer à l'Hôtel-Dieu ; la seconde plus largement faite et presque immédiatement suivie d'accidents mortels. Il faut noter que les suites de cette dernière ponction furent de nature à entretenir cette erreur et à expliquer naturellement le sentiment de fluctuation qu'on avait éprouvé.

L'écoulement qui se produisit alors devait tout naturellement être attribué à un kyste qui se vidait consécutivement à la ponction, et c'est sans doute pour déterger complétement les parties, peut-être aussi pour y amener une inflammation adhésive, qu'on crut à propos de laisser à demeure une sonde élastique. Mais un pareil procédé nous semble dangereux à employer ; quels que soient les avantages qu'on se propose d'en retirer, ces avantages ne peuvent compenser toutes les chances d'accident qu'entraîne l'introduction de la sonde. Il eût fallu être bien certain que les parois osseuses n'étaient point altérées, et cette certitude ne pouvait être acquise. Quoi qu'il en soit, la sonde fut maintenue quarante-huit heures sans qu'aucun accident se produisît, puis des secousses isochrones au pouls se manifestèrent et furent bientôt suivies d'une méningite. Cette apparition bien curieuse d'oscillations imprimées à la sonde peut s'interpréter de plusieurs manières : on pouvait craindre que le liquide qui s'écoulait ne fût le liquide céphalo-rachidien et que l'instrument n'eût pénétré jusque dans les membranes.

La présence de la sonde a-t-elle été l'occasion d'un travail inflammatoire et, par suite, d'une augmentation de sécrétion du liquide céphalo-rachidien, qui, distendant les membranes, a dû imprimer à la sonde mise en contact avec elle un mouvement d'impulsion perceptible au dehors. L'examen de la pièce nous semble faire pencher vers cette opinion. Toute la voûte osseuse de l'orbite et des fosses nasales était détruite, et au-dessus de cette vaste cavité la dure-mère formait une tente sur laquelle reposait l'extrémité de la sonde. Le point correspondant à cette extrémité présentait une éraillure qui pouvait avoir été causée par la tige de la sonde tout aussi bien que par la lame du bistouri. On trouve, à cet égard, dans l'observation une certaine obscurité, mais on est fondé à croire cependant à une altération traumatique préférablement à toute autre ; cette lésion explique, d'ailleurs, parfaitement l'écoulement séreux, qui serait assez difficile à comprendre si la lame fibreuse eût été intacte. Mais, quelque explication qu'on adopte pour ces différents phénomènes, on doit, par ce fait remarquable, être mis en garde contre les dangers si nombreux qui résultent de l'introduction d'un instrument tranchant ou piquant dans la cavité orbitaire. On peut se demander ici si la méningite avait le même point de départ, et, si rien ne permet d'affirmer ce fait, rien non plus n'autorise à le rejeter, et l'on peut supposer que l'altération des méninges a eu pour cause déterminante l'opération qui a été faite avec si peu de succès, comme on peut admettre non moins raisonnablement qu'elle en est complétement indépendante et qu'elle n'est due qu'à la présence d'une vaste lésion existant depuis longtemps dans la cavité crânienne. M. Pihan attribue la mort à la méningite, bien qu'il ait rencontré un léger ramollissement de la pulpe cérébrale. Il n'est pas très rare, en effet, de voir une lésion de la substance du cerveau ne donner lieu à aucun trouble fonctionnel important et rester méconnue jusqu'au moment de l'autopsie ; et le malade de M. Pihan ne serait qu'un exemple de plus de cette singulière coïncidence existant entre des destructions partielles, ou tout au moins des lésions profondes de l'encéphale et un état de l'organisme ne présentant, en apparence du moins, aucun trouble sérieux.

Nous regrettons que M. Pihan n'ait fait qu'effleurer dans son observation un point qui eût mérité une attention plus sérieuse :

je veux parler du siége primitif et de la nature de la tumeur.

En lisant attentivement la description des lésions trouvées à l'autopsie, il nous a semblé que la tumeur a dû naître dans les cellules ethmoïdales, détruire la voûte nasale, puis s'étendre dans toutes les directions en attaquant successivement les parois osseuses qui l'environnaient. M. Pihan n'a pas noté de troubles du côté de l'organe de l'olfaction. Ce fait eût été important à établir; mais, bien que, sous ce rapport, nous restions dans une ignorance à peu près complète, ne serait-il pas logique de penser qu'on avait affaire ici à l'affection désignée sous le nom de fongus ethmoïdal, en raison de son point de départ, et qui se distingue du vrai cancer de l'orbite en ce qu'il attaque d'abord la paroi interne de la cavité, tandis que ce dernier débute de préférence dans les autres parois? Mais, quelle que soit la dénomination que nous donnerons à cette tumeur, nous nous résumerons en disant qu'il s'agissait d'une masse cancéreuse occupant la totalité des fosses nasales, l'orbite gauche et une portion du droit, et que, malgré l'étendue de la perte de substance produite par cette lésion, malgré le ramollissement de la couche corticale des lobes antérieurs du cerveau à leur face inférieure, la santé n'a éprouvé aucun trouble sérieux jusqu'au moment où une exploration malencontreuse a déterminé des accidents presque foudroyants dans leur marche.

DIATHÈSE CANCÉREUSE. — Observation et réflexions
par M. BRICHETEAU, interne des hôpitaux.

F..., âgé de vingt-cinq ans, tailleur de limes, entre à l'hôpital Necker, service de M. Monneret, le 15 mai 1860, salle Saint-Jean, n° 27.

Cet homme, d'une bonne constitution, jouit d'une bonne santé habituelle; le teint du visage est naturellement très pâle. Il a eu une fièvre typhoïde il y a deux ans et la dysenterie l'année dernière.

Il s'est bien remis de ces deux maladies; il n'a jamais souffert de la misère, il gagne largement de quoi vivre, se nourrit bien, habite un logement sain, nullement humide. Il dit qu'il n'a jamais

fait d'excès. Pas d'antécédents syphilitiques. Aucuns renseignements au point de vue de l'hérédité.

Il accuse depuis un mois un malaise général avec perte de forces. En même temps son visage est devenu plus pâle; il est alité depuis quinze jours. Depuis trois jours, il a eu des épistaxis très fréquentes et abondantes, quatre à cinq par jour.

Lors de son entrée à l'hôpital, il se plaint de douleurs généralisées, vagues, mobiles, mais qui le font beaucoup souffrir. Depuis plusieurs nuits, il ne dort pas; il n'a pas de mal de tête; langue sale; constipation; pouls fréquent, 132. Il a à la paupière supérieure gauche une ecchymose datant de trois jours.

16 *mai*. Depuis hier soir, nouvelle ecchymose à la paupière supérieure droite; nouvelle épistaxis d'environ 50 grammes, difficile à arrêter. Aucune ecchymose sur les sclérotiques; aucunes taches ni pétéchies sur le corps. Les gencives sont saines, nullement décolorées ni ramollies. Pas de céphalalgie; face blême; insomnie due aux douleurs généralisées et aux douleurs de ventre. La respiration est à 28; le pouls est à 116, dur, hémorrhagique. Pas de frémissement ni de bruit de souffle aux carotides. Rien au cœur; soif très vive. Pas de nausées; ventre dur et contracté, météorisé, non douloureux à la pression. Hier, trois selles liquides, jaunes, sans coliques. Le malade se plaint de palpitations de cœur. Rien à l'auscultation de l'appareil pulmonaire.

En présence d'un état si vaguement défini, où il n'existe aucune altération locale appréciable, tenant sans aucun doute à une altération du sang, mais altération dont la cause nous est inconnue, M. Monneret soumet le malade au traitement des scorbutiques.

Prescription : Limonade vineuse; eau de quinquina; quatre oranges; bouillons et potages. En outre, deux douches par jour, d'une demi-minute chacune.

17 *mai*. Pas d'hémorrhagie nouvelle. Légère ecchymose sous-conjonctivale à l'angle externe de l'œil. Le pouls est moins dur, moins vibrant (120); 28 respirations. Le malade n'a pas dormi la nuit. Le ventre est distendu par des gaz. La percussion du foie donne comme mesures : première ligne, 13 centimètres; deuxième ligne, 18. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Même prescription.

18 *mai*. Le malade supporte bien ses douches; la réaction se

fait assez facilement ; insomnie toujours aussi pénible. Le malade se plaint de douleurs violentes siégeant aux genoux et à la région lombaire. Pouls, 120 ; respiration, 28.

19 *mai*. Beaucoup d'abattement et de prostration. Le malade a un peu reposé, mais les douleurs de reins sont toujours aussi vives. Le pouls est dur, irrégulier, à 140. La peau est très chaude. Respiration à 24. Aucune hémorrhagie.

On ajoute au traitement du vin de Bordeaux et 4 pilules de Vallette.

20 *mai*. Nouvelle épistaxis ce matin, comme à trois heures ; elle ne s'est arrêtée qu'à neuf heures. Douleurs continuelles. Pouls, 120.

Le sang a été examiné au microscope : on y a trouvé une quantité anormale de globules blancs. C'est ainsi qu'on en voit une dizaine dans le champ du microscope.

21 *mai*. Pouls, 132, dur et vibrant ; respiration, 28. Céphalalgie ; douleur précordiale. Le malade tousse un peu. Il n'y a rien d'appréciable au cœur ni aux poumons. La langue est humide ; pas de selles. Le malade n'a pas d'appétit, mais il boit son vin avec plaisir.

On ajoute à la prescription : sulfate de quinine, 0,60.

23 *mai*. Nouvelle épistaxis ce matin. Pendant la visite, le malade rend des crachats sanglants. Les douches sont devenues pénibles pour le malade. La réaction se fait mal. Elles sont suivies d'un frisson avec claquement de dents qui dure encore quand le malade est reporté dans son lit. On les suspend.

24 *mai*. Hier, nouvelle épistaxis qui a duré cinq à six heures. Le malade, en voulant se lever, a éprouvé une syncope qui a été suivie de subdelirium pendant deux à trois heures. Ce matin, nouvelle syncope lorsqu'on a voulu lever le malade pour faire son lit.

Il existe depuis hier aux deux mains de nouvelles ecchymoses à la paume et à la face dorsale.

Les ecchymoses sont constituées par des épanchements de sang sous-cutanés formant un relief sous la peau, qui présente en ces points une coloration bleuâtre. Il n'y en a nulle part ailleurs. L'insomnie existe toujours. L'intelligence est toujours nette. Le pouls est à 140. Aucun appétit ; mais le malade boit avec plaisir du vin en grande quantité, 1 litre par jour.

25 *mai*. On avait recommandé de laisser le malade immobile dans son lit, couché sur le dos; aussi il n'a pas eu de nouvelle syncope. Prostration marquée. Le malade se plaint de douleurs insupportables dans les épaules. Les battements du cœur sont réguliers. Le pouls n'a pas perdu de sa force.

26 *mai*. Toute la nuit, un peu de délire persistant à la visite. Prostration manifeste. Le visage, couvert de sueur, offre une teinte pâle verdâtre. L'intelligence est néanmoins très nette. Malaise général, avec oppression et dyspnée. Pouls, 140; respiration, 40. On supprime le sulfate de quinine et on le remplace par une potion de 120 grammes, additionnée de 2 grammes de perchlorure de fer (une cuillerée toutes les heures).

27 *mai*. Subdelirium continuel. Le malade parle tout haut. Il a crié toute la nuit : c'est un délire tranquille avec marmottement. Le malade comprend les questions qu'on lui pose et répond avec exactitude, mais prostration profonde. Œil terne; les muqueuses sont décolorées. Quatre à cinq selles diarrhéiques noires comme de l'encre. Pouls, 130. Même prescription; perchlorure, 3 grammes.

28 *mai*. Nouvelle syncope très prolongée hier dans le jour. Le malade n'a aucune conscience de son état. Même subdelirium; pouls, 132; respiration, 36. Toux assez fréquente, sans expectoration; soif vive. Ventre indolent et non météorisé. Plus de diarrhée, mais selles noircies par le sel de fer. Aucun œdème ni pétéchie. Perchlorure de fer, 4 grammes.

29 *mai*. Subdelirium continuel; oppression. Le pouls est petit, filiforme. L'intelligence est un peu engourdie. La percussion de la rate donne 13 centimètres en diagonale sur 9 en hauteur. Le malade se plaint d'avoir froid. Les extrémités sont glacées. On prescrit de lui promener des sinapismes. Continuation du perchlorure.

30 *mai*. Même subdelirium et même assoupissement. La respiration est à 32, plaintive et suspirieuse. Le pouls est à 124. Il n'y a pas de nouvelles ecchymoses. Assoupissement toute la journée et mort subite à neuf heures du soir.

Autopsie. — L'aspect extérieur du cadavre n'offre rien de particulier.

Organes abdominaux.— *Rate*. Petite, d'une coloration normale, tissu mou et diffluent. Un grand nombre de points offrent des

noyaux de coloration plus claire, jaunâtre, formés par du tissu cancéreux à l'état d'infiltration.

Foie. Volume normal. A la surface, un grand nombre de points correspondant, les uns à un pointillé rouge (injection du tissu propre); les autres, plus nombreux et irrégulièrement disséminés sur toute la surface, tiennent à de petites saillies subarrondies, grises, transparentes, qui persistent après qu'on a enlevé la capsule propre et dont la nature ne saurait être déterminée. On peut cependant affirmer qu'elles ne contiennent pas de matière cancéreuse. D'autres enfin, formées par de larges plaques rouges vermeilles à fibres rayonnées qui entourent des masses d'un blanc jaunâtre : une, du volume d'une noix, occupe le bord tranchant de l'organe; elle est constituée par un tissu squirrheux, dur, un peu jaunâtre et commençant à s'injecter; les autres blanches, dures, décolorées et non injectées, disséminées çà et là, sont entourées d'une forte injection du tissu hépatique. Ailleurs, on trouve une coloration rougeâtre de forme lenticulaire, tenant probablement au commencement d'infiltration cancéreuse.

Dans le lobe gauche on trouve une masse considérable du même tissu. Sur le lobe de Spigel est plus marquée une disposition anatomique assez générale, du reste, consistant en des îlots d'un blanc sale, de volume et de forme variables. Dans aucun point, les masses cancéreuses n'étaient ramollies.

Ganglions mésentériques. Volumineux, rouges, suppurés et cancéreux. Pancréas sain.

Reins. Petits et anémiés. Dans le rein gauche on trouve plusieurs masses quadrilatères, à bords tranchés, d'un blanc jaunâtre, évidemment cancéreuses. Leur tissu est dur et blanchâtre (infiltration cancéreuse dans les éléments propres du rein).

Estomac. Le long de la petite courbure, à 5 centimètres du pylore, induration cancéreuse du volume d'un œuf à peu près, étendue de 5 à 6 centimètres, que fronce la tunique interne sans altérer son tissu ni l'injecter. Le cancer occupe les deux tuniques sous-jacentes.

Intestins. Sains, colorés en noir par les sels de fer.

Cerveau. La table interne du crâne est injectée en un grand nombre de points par les vaisseaux du diploé. A la partie postérieure et inférieure du cerveau et du cervelet, vaste ecchymose

formée par le sang infiltré dans la pie-mère ; partout ailleurs, les membranes sont saines. Injection de la substance blanche du lobe antérieur du cerveau, contrastant avec le reste du tissu pâle et anémié.

Thorax. Ganglions bronchiques. Évidemment cancéreux.

Cœur. Mou, pâle. Cavité droite remplie par un caillot mou, coloré en rouge et formé au moment de la mort, s'embranchant dans les divisions de l'artère pulmonaire. A gauche, caillot plus petit, de même nature et de même formation.

Poumons. A la surface des lobes, libres de toute adhérence, se dessine un réseau admirable par sa netteté, et qui correspond à la couche superficielle et polygonale des lymphatiques, qui sont, les uns injectés par une matière blanche qui leur fait faire un relief sensible sortant par la pression et tenant à la matière cancéreuse fluide déposée dans les lymphatiques. Ailleurs, cette même injection blanchâtre est accompagnée d'une injection rose vermeille des vaisseaux les plus superficiels. Cette injection se présente tantôt sous forme polygonale, tantôt sous forme arborescente, et, dans ce dernier cas, ne paraît pas suivre le trajet des lymphatiques.

Dans le poumon divisé, on ne trouve ni tubercules ni apoplexie, mais une simple infiltration grisâtre. A la coupe, on découvre une foule de petits points d'apparence caséeuse qui disparaissent par la pression, qu'on enlève avec la pointe du scalpel et que le microscope a démontré être du suc cancéreux.

Examen microscopique. Des grumeaux blanchâtres, extraits du tissu propre du poumon, contiennent un grand nombre de grandes cellules à un et deux noyaux et à sept à douze nucléoles. En extrayant directement des lymphatiques superficiels la matière blanche, elle présente de la façon la plus nette les mêmes cellules dites cancéreuses, complètes, identiques aux précédentes.

En faisant une ponction à un petit capillaire rouge et injecté de la surface libre du poumon, on en fait sortir une matière rougeâtre dans laquelle on trouve des cellules caractéristiques et des granulations jaunes transparentes.

Foie. Dans les masses blanches crues, on ne trouve que des noyaux bien formés d'ailleurs, volumineux, et du tissu fibro-plastique.

L'examen n'a pas été poussé plus loin. Dans le tissu cancéreux de l'estomac on retrouve encore les noyaux.

La matière cancéreuse circulait donc dans les lymphatiques et les capillaires du poumon.

Dans les ganglions périgastriques rouges, hypertrophiés, ramollis, on constate la présence de cellules encore plus développées et plus manifestes.

Réflexions. — Cette observation, ainsi que les pièces anatomiques qui l'accompagnent, présentent à noter plusieurs particularités intéressantes :

1° Le fait d'une diathèse cancéreuse génératrice survenue chez un tout jeune homme de vingt-cinq ans.

2° La marche rapide des accidents. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital ce malade pouvait travailler.

3° La forme bizarre des symptômes présentés pendant la vie, et qui ne pouvaient nullement éclairer le diagnostic. En effet, aucun signe local, aucune douleur lombaire ; des hémorrhagies, des pétéchies, des douleurs vagues erratiques; une faiblesse très grande ; prostration ; à la fin de la vie, des syncopes répétées et des accidents cérébraux peu marqués relativement furent les seuls phénomènes appréciables, et qu'on pourrait bien mieux rattacher au scorbut ou à la leucocythémie.

4° Parmi les pièces présentées, une seule attirera mon attention, ce sont les poumons :

1° L'injection si remarquable de tous les capillaires, injection si nettement dessinée qu'elle pourrait supporter la comparaison avec les plus belles préparations du Musée.

2° Le réseau des lymphatiques aussi bien caractérisé, et remarquable par la coloration blanche de la matière qui les remplit.

3° La nature de cette substance, reconnue pour être évidemment cancéreuse à l'examen microscopique par M. Monneret, examinée enfin par M. Broca.

4° La présence des mêmes noyaux cancéreux dans les capillaires sanguins du poumon.

5° Cette même matière blanche se rencontre dans les poumons ; à la coupe partout on la voit suinter, et l'examen microscopique donne les mêmes résultats.

La présence de la matière cancéreuse constatée dans les lymphatiques et les capillaires du poumon est un fait très important qui peut mener sur la voie de la formation du cancer généralisé.

De plus, le fait de la circulation de la matière cancéreuse peut souvent élucider la question de l'hétérogénie des cancers, puisque, en effet, on voit la cellule circuler dans les vaisseaux des organes, et de là se répandre dans le parenchyme, on serait amené à admettre que les masses cancéreuses sont dues à un produit morbide sécrété dans le sang sous l'influence de la diathèse, véritable corps étranger infiltré dans les tissus propres, et non pas à une transformation des éléments propres.

Extrait du rapport de M. SIREDEY *sur l'observation précédente.*

Parmi les nombreuses réflexions que peut suggérer une observation aussi curieuse, je me bornerai plus particulièrement à la considérer sous deux points de vue, celui du diagnostic et celui de la marche du cancer.

L'âge encore si peu avancé du sujet, le début si insidieux de la maladie, la marche si rapide des accidents, leur forme insolite, l'absence de toute lésion appréciable, tout, en un mot, comme le dit M. Bricheteau, n'explique-t-il pas comment le diagnostic a pu rester en suspens? En présence de ces symptômes de cachexie si rapide, de cette pâleur si grande, de la faiblesse excessive, des épistaxis si nombreuses et si abondantes, et des pétéchies qui se remarquent successivement sur les paupières, sous la muqueuse oculaire, et à la face dorsale des mains, n'avait-on pas, en effet, de bonnes raisons de rattacher tout cet ensemble de symptômes à un état scorbutique ou à la leucocythémie, surtout lorsque l'on eût trouvé une augmentation notable dans le chiffre des globules blancs du sang?

Cependant l'autopsie nous a révélé l'existence de lésions assez étendues dans l'abdomen, et qu'un examen attentif de cette cavité aurait sans doute fait découvrir dans les circonstances ordinaires. Je veux parler de la tumeur cancéreuse de l'estomac, égale au volume d'un œuf; des tumeurs du foie situées à son bord tranchant et à sa face convexe, et enfin des altérations si considérables

des ganglions mésentériques. Sans aucun doute, dans le service de M. Monneret, à la raison surtout des épistaxis, si fréquentes et si abondantes, le foie a été l'objet d'une exploration complète, et si la palpation n'a rien fait découvrir d'anormal dans la cavité abdominale, c'est que le météorisme était trop considérable, et ne permettait pas à la main de déprimer assez les parois abdominales pour arriver jusqu'aux organes profondément situés. Cependant je vous avouerai que je trouve M. Bricheteau un peu trop explicite lorsqu'il se borne à nous dire que le ventre était météorisé. Je conserve, en effet, un certain doute sur l'existence d'une ascite plus ou moins considérable, et cette hypothèse repose sur les altérations révélées à l'autopsie du mésentère, des épiploons et des ganglions lymphatiques qu'ils renferment. Je ne comprends guère comment, au milieu de désordres si considérables, la circulation de la veine porte se serait accomplie régulièrement.

Or, messieurs, si dans un cas analogue la palpation et la percussion de l'abdomen, habilement pratiquées, faisaient reconnaître des tumeurs, des bosselures du foie, de l'estomac, des ganglions mésentériques; si en même temps il y avait de l'ascite, croyez-vous, en rapprochant des symptômes généraux ces signes locaux, qu'il serait bien téméraire de penser à l'existence d'un cancer déjà généralisé aux organes abdominaux?

Je sais bien qu'on pourra m'objecter qu'en l'absence des signes dont je viens de vous parler, on devait être d'autant plus porté à admettre l'existence d'une leucocythémie que l'examen du sang avait été fait au microscope, et qu'on y avait trouvé une augmentation notable dans la quantité des globules blancs. Tels sont, en effet, les termes mêmes de l'observation. Mais, messieurs, ne désireriez-vous pas encore ici une description un peu plus détaillée de ces globules blancs, et dois-je vous rappeler cette belle erreur d'un micrographe allemand signalée par M. Broca dans son travail couronné à l'Académie, erreur par laquelle l'anatomo-pathologiste d'outre-Rhin avait cru trouver dans le sang les cellules cancéreuses en nature, alors qu'il ne s'agissait que des globules blancs? Eh bien! ne serait-il pas permis de supposer ici qu'une erreur inverse a été commise, surtout lorsque nous retrouvons ces cellules caractéristiques dans le liquide des vaisseaux capillaires sanguins superficiels du poumon?

Quant au diagnostic de l'affection thoracique, il était évidemment entouré de grandes difficultés; il s'est cependant présenté un signe d'une immense valeur dans tous les temps, mais qui doit en acquérir encore une plus considérable, en raison des moyens d'exploration plus perfectionnés qui sont maintenant à notre disposition. Je veux parler de l'hémoptysie. Ne croyez-vous pas, en effet, que si les crachats sanglants eussent été examinés avec soin, on n'eût pu y retrouver quelques éléments du cancer?

D'ailleurs les hémorrhagies ne sont-elles pas très fréquentes dans le cours de cette maladie, et M. Grisolle ne les a-t-il pas signalées, au contraire, comme survenant assez souvent même au début de l'affection? En effet, dit-il (t. II, p. 522), quelquefois le cancer n'ayant encore produit aucun trouble fonctionnel se révèle tout à coup par un accident qui fixe aussitôt l'attention du médecin. Telles sont les hémorrhagies abondantes que nous voyons apparaître comme premier symptôme, comme symptôme indicateur dans le cancer des organes profonds.

Dans l'observation qui fait l'objet de cette étude, si nous recherchons quel organe a été le point de départ de la manifestation cancéreuse, nous croyons qu'on peut, avec quelque raison, le placer dans l'abdomen, et plus particulièrement dans l'estomac et dans les ganglions mésentériques. En effet, c'est seulement dans ces organes que le cancer existe à l'état de véritables tumeurs, et M. Bricheteau nous fait remarquer que c'est dans les ganglions périgastriques, dans ceux qui se trouvent dans l'intérieur de l'épiploon gastro-hépatique, et qui sont rouges, volumineux et ramollis, que les cellules existent à leur état de plus complet développement. Mais, chose singulière, dans les masses blanches crues qui se trouvent dans l'intérieur du foie, on ne constate que des noyaux d'ailleurs bien formés et du tissu fibro-plastique. Ne pourrait-on pas voir dans ce fait une nouvelle preuve de la manifestation variable de la diathèse cancéreuse, qui se montre ici avec les caractères du cancer vrai, comme on l'a dit du cancer à cellules, à noyaux et à nucléoles, et dans un autre organe, chez le même sujet, avec les caractères du tissu fibro-plastique?

On s'explique assez aisément, dans le fait que nous avons sous les yeux, comment, parti de l'estomac, le cancer s'est étendu de

proche en proche par la voie des lymphatiques aux divers organes de l'abdomen.

Quant à l'envahissement des organes de la cavité thoracique, c'est ici que je dois vous rappeler qu'il n'est pas question dans les détails de l'autopsie des altérations du canal thoracique. Il eût été cependant bien intéressant de savoir si la matière cancéreuse y circulait comme dans les lymphatiques du poumon. Alors il serait facile de voir comment le produit morbide, apporté dans la veine sous-clavière gauche et de là au cœur, avait été lancé par l'artère pulmonaire dans le parenchyme du poumon. C'est encore ainsi que l'on pourrait expliquer l'infection générale si rapide, la congestion pulmonaire, la dyspnée excessive et les crachats sanglants. Bientôt alors la matière cancéreuse se serait infiltrée dans le parenchyme des organes respiratoires, et ce serait secondairement que les lymphatiques de ces mêmes organes, gorgés du suc cancéreux, seraient venus verser les produits de leur absorption dans les ganglions bronchiques. Malheureusement, cette explication que je propose manque de la confirmation qu'elle aurait pu avoir si, je le répète, on eût examiné le contenu du canal thoracique et les caillots enchevêtrés dans les colonnes charnues du cœur.

CANCER DU POUMON ET DE LA PLÈVRE. ÉPANCHEMENT DE LIQUIDE SANGUIN DANS LA PLÈVRE. MORT. AUTOPSIE, par M. DESCROIZILLES, interne des hôpitaux.

Gauteret (Jean), cinquante-cinq ans, journalier, né à Paris (Seine), est entré le 3 août 1860 dans le service de M. Barth, salle de l'Ange-Gardien, n° 1.

C'est un homme de taille moyenne, de constitution autrefois assez vigoureuse, maintenant très débilitée et amaigrie. Son aspect général révèle à première vue un état grave et de vives souffrances.

Il ne donne sur ses antécédents que des détails peu complets et probablement en partie inexacts. Père d'une nombreuse famille qu'il est obligé de soutenir, il vit depuis plusieurs années dans un état voisin de la misère ; sa profession consiste à servir les maçons. Ses parents, dit-il, ont toujours joui d'une bonne santé ; son père

est mort à un âge avancé et sa mère existe encore. Il était lui-même habituellement bien portant jusqu'à l'âge de plus de quarante ans, et jamais il n'avait eu de maladie sérieuse avant cette époque. Il faut noter cependant une certaine tendance à l'oppression et à l'essoufflement, et une disposition assez prononcée aux bronchites légères ou aux coryzas. Pendant plus de vingt ans il exerça le métier de marchand ambulant, sans cependant se fatiguer outre mesure ; il se trouvait alors dans de bonnes conditions hygiéniques, et c'est seulement lorsqu'il changea de profession et qu'il devint garçon maçon qu'il fut soumis à des privations de toutes sortes. A partir de ce moment, c'est-à-dire à dater de quatre ou cinq ans, sa santé s'altéra rapidement, et des rhumes fréquemment répétés ne tardèrent pas à dégénérer en toux continuelle avec expectoration abondante, dyspnée très intense à certains moments et sous l'influence de causes quelquefois légères. Il continua cependant ses travaux jusqu'au milieu du mois de mai dernier, et c'est vers ce moment seulement, qu'atteint d'un point douloureux à la partie latérale gauche de la poitrine, perdant complétement les forces et sentant la dyspnée s'accroître avec une effrayante rapidité, il se décida à prendre le lit qu'il n'a plus quitté depuis, si ce n'est peut-être pour s'asseoir sans sortir de sa chambre. Sur cette dernière période de ses antécédents, il ne donne aucun détail circonstancié. Deux vésicatoires ont, dit-il, été appliqués sur le côté gauche. On a donné des boissons émollientes, prescrit le repos, le régime adoucissant ; plus tard, on a essayé du vin de quinquina. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, des symptômes d'embarras gastrique se sont manifestés, et deux vomitifs ont été donnés coup sur coup. Aucune amélioration ne s'est produite, et, se trouvant à bout de ressources, le malade est venu à l'Hôtel-Dieu.

Le 3 août, nous le trouvons avec un état fébrile modéré, 85 à 90 pulsations, le pouls petit et dépressible, mais régulier, la peau chaude sans être brûlante, avec un léger abaissement de température aux extrémités. La face est anxieuse, très pâle, violacée sur quelques points ; les yeux sont excavés, mais très brillants ; la langue ne présente pas d'enduit, mais sa coloration est moins rouge qu'à l'état normal. Le principal symptôme est une dyspnée très prononcée avec accélération des mouvements respiratoires (36 par minute), et impossibilité de rester dans la station horizontale. A

la percussion, on rencontre une sonorité normale à droite; à gauche, au contraire, une matité complète avec absence de toute élasticité de la paroi; cette matité existe en arrière comme en avant, comme sur la partie latérale dans toute la hauteur; et, dans le sens transversal, elle s'étend en avant jusqu'au bord droit du sternum. A l'auscultation, on entend à droite un murmure respiratoire rude et mêlé de râles sonores; à gauche, le bruit vésiculaire fait complétement défaut; mais son absence est masquée par quelques râles vibrants à son grave. Les signes d'auscultation sont les mêmes en avant et sur le côté qu'en arrière : on ne constate, du reste, ni égophonie, ni souffle tubaire; les vibrations de la voix semblent éloignées de l'oreille et ne se transmettent pas à la main appliquée sur le thorax. Les bruits du cœur sont notablement déplacés, et leur maximum est à peu près au niveau du bord droit du sternum. Tous deux, d'ailleurs, sont faibles, mais nettement frappés et réguliers. Notons enfin une dilatation de toute la moitié gauche du thorax, facile à constater par la vue seule. Si l'on en excepte une légère constipation, les organes digestifs n'offrent aucun signe de quelque valeur. Le ventre est souple, peu sensible à la pression; la miction s'accomplit normalement, les membres ne sont le siége d'aucune douleur, et les phénomènes intellectuels semblent s'exécuter dans toute leur intégrité.

On prescrit une potion antispasmodique éthérée, de la manne sucrée pour tisane, et trente ventouses sèches sur les extrémités inférieures et sur la poitrine.

Le 4 août, l'état a peu changé, la nuit a été mauvaise. A l'auscultation et à la percussion, mêmes signes qu'hier, absence d'ailleurs de toute espèce de craquement aux deux sommets, expectoration nulle. Pouls encore plus faible qu'hier à 92. Peau sèche, un peu terreuse et léger abaissement de température aux extrémités et à la face, comme hier violacée sur les joues. Dyspnée intense, 36 inspirations par minute. Langue pâle, haleine sans fétidité, pas d'appétit; faiblesse excessive. On prescrit la tisane de tilleul, une potion avec sirop d'ipéca, 15 grammes, et teinture de digitale, 10 gouttes; une portion; des sinapismes matin et soir sur les extrémités.

Le 5 août, aucun changement depuis la veille, la dyspnée est même plus intense que les jours précédents; les résultats de l'aus-

cultation, de la percussion, de la palpation thoracique, ne varient pas. Le pouls, petit et très concentré, reste à 90. Le malade semble s'affaiblir de jour en jour; il a fort peu dormi depuis son entrée à l'hôpital et a passé hors du lit une grande partie de la nuit dernière. Son abattement est extrême, et il ne répond que péniblement aux questions qu'on lui adresse. Même prescription.

Le 6, pas d'amélioration; dyspnée toujours croissante; depuis douze heures, toux très pénible avec expulsion de quelques mucosités blanchâtres sans contours nettement limités et sans mélange de sang. La matité ne diminue pas, les signes d'auscultation restent les mêmes; en présence des menaces de suffocation de plus en plus prononcées, la ponction du thorax semble nécessaire et est décidée pour le lendemain matin.

Dans la soirée, des accès de suffocation se produisent à plusieurs reprises et cessent à la suite de l'application de sinapismes. Le malade ne peut rester couché et passe toute la nuit chaudement enveloppé et hors de son lit.

Le 7, ponction du thorax par le procédé habituel avec un trocart simple entouré de baudruche, au niveau du quatrième espace intercostal en partant de la douzième côte. Aucun changement, d'ailleurs, ne s'est produit depuis hier. Au grand étonnement de tous les assistants, un liquide complétement analogue à du sang quant à l'aspect s'écoule par la plaie, et sa quantité s'élève à 3 litres 80 centilitres. Un soulagement progressif est signalé par le malade pendant que cet écoulement a lieu, et il est aisé de constater qu'avant la fin de l'opération la dyspnée a notablement diminué. La journée se passe sans accident, sans tendance à la syncope; le pouls, d'abord très faible, a repris un peu de force vers cinq heures du soir et bat régulièrement 80 fois par minute. La face a une expression plus naturelle, le nombre des inspirations n'est plus que de 28. La nuit est sensiblement plus calme, et le malade peut la passer dans son lit.

Le liquide obtenu par la ponction est, ce jour même, examiné au microscope et présente un certain nombre de globules sanguins, sans mélange d'autre élément. Recueilli dans un verre, il se décompose comme du sang pur en deux couches, l'une qui, rouge et opaque, gagne le fond, et l'autre qui, de couleur jaunâtre et analogue au sérum, reste à la surface.

Le 8, amélioration sensible. Dyspnée beaucoup moins marquée, 24 inspirations seulement par minute, pouls à 80, moins faible que tous les jours qui ont précédé. A l'auscultation, on trouve toujours une absence complète de murmure respiratoire avec quelques râles sonores; mais à la percussion, une légère sonorité se produit au-dessus et un peu au-dessous de la clavicule. La faiblesse est toujours très grande. Même prescription que les jours précédents, plus 60 grammes de vin de quinquina.

Le 9 et le 10, l'amélioration continue. L'appétit est encore très faible, mais cependant le malade a pu manger une côtelette; sa voix est plus forte, sa figure beaucoup plus calme, le pouls est à 75, ses nuits sont moins agitées. Le murmure respiratoire est toujours complétement absent; mais le retour à la sonorité des parties qui environnent la clavicule est plus complet, et les bruits du cœur ont en partie repris leur place. Dans les trois quarts inférieurs du poumon la matité ne diminue pas et l'élasticité reste nulle.

Le 12 août, l'amélioration constatée pendant les jours précédents a cessé. La dyspnée se reproduit avec anxiété de la face, refroidissement des extrémités, tendance à la syncope, agitation la nuit. La recrudescence semble marcher avec une très grande rapidité. L'état du thorax ne se modifie pas.

Le 13, aggravation très prompte, pouls insensible le matin, peau froide et mouillée d'une sueur visqueuse, 40 inspirations à la minute, réponses nulles, un peu de subdelirium par intervalle.

Le malade succombe à onze heures du soir le même jour.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin par M. Barth lui-même, trente-six heures après la mort; cet examen a conduit à la découverte des lésions suivantes.

1° Dans la plèvre du côté gauche, 1 litre 1/2 environ de liquide complétement semblable à celui qui s'est écoulé au moment de la ponction. Cette accumulation de liquide déterminait une voussure très notable du diaphragme qui, sur toute sa moitié gauche, présentait des courbures à convexité inférieure.

2° La plèvre gauche, en entier épaissie, se présentait avec des plaques blanchâtres à contour irrégulier, les unes aplaties, les autres à surface légèrement convexe, et ces plaques donnaient issue par la section à un liquide dont tous les caractères rappe-

laient aussi nettement que possible les traits du suc cancéreux. Toutes ces plaques existaient à la surface interne de la séreuse, dont la cavité était à peu près intacte. Très peu d'adhérences s'étaient établies entre les différents points de cette surface.

3° Le poumon gauche lui-même était réduit à la moitié de son volume normal. Son tissu, non crépitant, imperméable à l'air et tombant immédiatement au fond d'un vase rempli d'eau, offrait une dureté et une densité considérables, et une couleur d'un blanc sale ; il se déchirait avec la plus grande facilité, et la pression faisait venir aux surfaces sectionnées un liquide semblable à celui des plaques trouvées dans la plèvre. Cette altération, dont la nature cancéreuse semblait aussi évidente que possible, existait dans toute l'étendue du lobe inférieur, excepté à sa face supérieure, près de la racine des bronches ; elle existait aussi, mais moins également répandue, dans le lobe supérieur. Tous les points non envahis par la dégénérescence cancéreuse paraissaient infiltrés, mais de sérosité simple. L'altération principale avait respecté les grosses bronches ; mais leurs radicules terminales avaient, surtout dans le lobe inférieur, complétement disparu et se trouvaient confondues avec le parenchyme dégénéré.

4° Le poumon droit était sain dans toute son étendue ; la base seule offrait quelques signes d'hypérémie légère. Ajoutons qu'au sommet gauche, comme au sommet droit, on ne trouvait aucune trace de tubercule à une période d'évolution quelconque.

5° Le cœur, très faiblement dilaté, ne présentait aucune altération d'orifice ni de valvule. Les veines pulmonaires gauches n'étaient pas perméables à leur entrée dans le poumon, et cette absence de perméabilité pouvait expliquer l'œdème constaté sur plusieurs points du poumon de ce côté.

6° Le larynx, la trachée, les branches de bifurcation jusqu'à leur entrée dans le tissu pulmonaire, étaient sains ; mais le tissu cellulaire environnant au-devant du rachis, et les ganglions lymphatiques placés à l'angle de bifurcation de la trachée, étaient envahis par la dégénérescence cancéreuse.

7° Enfin la lésion avait gagné plusieurs points des organes abdominaux. Sur la petite courbure de l'estomac, à droite de l'œsophage, on trouvait une petite masse cancéreuse qui n'avait pour encore attaqué la muqueuse et avait, au contraire, intéressé le

tissu cellulaire placé en dehors de la paroi ; plusieurs foyers carcinomateux très bien limités, du volume d'un pois ou d'une noisette, existaient dans le foie, presque tous situés près de la face inférieure et de son extrémité gauche. Enfin quelques ganglions prélombaires avaient subi la dégénérescence ; la rate, le pancréas, les reins, la vessie, l'intestin lui-même, étaient exempts de toute lésion.

Telle est cette observation, qui nous semble remarquable à plus d'un titre. Non-seulement un cancer du poumon et de la plèvre est toujours une rareté pathologique, et, sous ce rapport, mérite une sérieuse étude, mais encore le cas actuel présentait des difficultés de diagnostic exceptionnelles, à cause de ses symptômes insolites. Lorsque le malade arriva à l'hôpital, il fut bien aisé de reconnaître l'existence d'un épanchement considérable, et, comme les antécédents n'avaient révélé aucune particularité qui pût faire soupçonner une altération indépendante de l'épanchement et antérieure à lui, on dut croire à une pleurésie survenue vraisemblablement à la suite d'une affection pulmonaire ancienne déjà, de bronchites répétées avec tendance à l'emphysème et à l'asthme, passant à l'état chronique sous l'influence de circonstances hygiéniques défavorables. Il en fut ainsi jusqu'au moment de la ponction, et aucun fait ne se produisit, d'ailleurs, pour modifier le jugement porté à la suite des premiers interrogatoires. Tout au plus était-on en droit de se demander, en raison de l'affaiblissement excessif du malade, de la persistance chez lui de la toux depuis plusieurs années, s'il n'existait pas une diathèse tuberculeuse encore latente. Quant à la diathèse cancéreuse, elle n'était indiquée par aucun signe ni local ni général, et cette affection est tellement rare dans le poumon que la possibilité de son existence se présente toujours à l'esprit en dernière ligne. M. Barth n'avait pas cependant complétement rejeté cette idée, à laquelle il arrivait par exclusion. Après la ponction, on resta d'abord dans le doute. L'écoulement de ce liquide sanguinolent ne pouvait être attribué à la lésion d'une artère. La façon dont l'écoulement avait lieu, le soulagement instantané que le malade éprouvait pendant sa durée, l'absence de syncope, attestaient suffisamment qu'il n'y avait pas hémorrhagie et que le liquide ainsi obtenu, tiré au dehors, venait de la cavité pleurale. Mais il était difficile d'expliquer

comment ce liquide se trouvait dans la plèvre : aucun signe ne permettait d'affirmer qu'il existât des tubercules. Or, l'épanchement de sang dans la plèvre peut survenir chez des sujets tuberculeux, chez des gens atteints d'affection du cœur, et cette seconde idée semblait exclue par l'examen attentif du malade ; enfin chez des cancéreux, en supposant soit le poumon, soit la plèvre attaqués par la dégénérescence. Cette dernière hypothèse sembla de plus en plus probable, surtout lorsque M. le professeur Trousseau eut raconté que deux fois il avait vu la ponction du thorax donner issue à un liquide semblable à du sang, et deux fois l'autopsie démontrer l'existence d'un cancer de la plèvre. M. Barth l'admit donc sous toutes réserves, mais en annonçant que le poumon était probablement cancéreux si la plèvre l'était. Les séreuses splanchniques sont rarement le siége d'une dégénérescence sans que les organes qu'elles enveloppent soient eux-mêmes affectés. Il faut ajouter que le plus souvent ce sont ces derniers que la dégénérescence envahit tout d'abord. Cette loi d'anatomie pathologique admet peu d'exceptions, et elle s'applique aussi bien aux viscères thoraciques qu'aux viscères abdominaux. On a vu jusqu'à quel point ces différentes prévisions se sont réalisées par l'examen cadavérique.

Le fait qui nous occupe n'en reste pas moins entouré d'une grande obscurité sur plusieurs points. Il est impossible, d'après les détails donnés par le malade, de savoir à quel moment l'affection a débuté ; il est impossible aussi de savoir quel est, dans le poumon envahi, l'élément anatomique qui a été le point de départ de l'affection. Toutefois, il est parfaitement rationnel d'admettre que le cancer a commencé dans le poumon même, puis a gagné la plèvre en s'étendant d'autre part aux ganglions prévertébraux, thoraciques ou abdominaux, et même à quelques points de l'estomac.

On sera peut-être surpris qu'une dégénérescence aussi généralisée n'ait pas donné lieu à une cachexie plus visible, à un état général plus caractéristique. Mais il ne faut pas oublier que les symptômes asphyxiques étaient des plus prononcés, et pouvaient très bien dissimuler les signes généraux d'une diathèse cancéreuse, plus ou moins ancienne, en ne laissant voir que la pâleur et la teinte violacée de la face et des extrémités.

L'observation actuelle est donc un cas de plus à enregistrer à la

suite de ceux qu'une difficulté de diagnostic toute particulière a signalés. On voit une fois de plus que le diagnostic par exclusion est presque toujours ici le seul possible, en se rappelant toutefois qu'il ne peut être porté que d'une manière dubitative.

Extrait du rapport de M. le docteur GENOUVILLE *sur l'observation précédente.*

Ainsi que le dit M. Descroizilles, le diagnostic de l'affection dont était atteint ce malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu, était rempli d'obscurités autant par le manque de détails sur les antécédents que par l'absence de signes susceptibles de révéler clairement la nature de la maladie, c'est qu'en effet le cancer pulmonaire, même arrivé à une période déjà avancée de son évolution, n'offre aucun symptôme capable de mettre sur la voie du diagnostic ; c'est encore une de ces affections que le médecin peut plutôt deviner que reconnaître. Toux avec ou sans expectoration, dyspnée assez forte, accès d'oppression plus ou moins fréquents, tels sont les seuls malaises dont se plaignent, au début, les individus atteints d'encéphaloïde du poumon, sans que l'auscultation puisse, le plus souvent, nous donner raison de troubles aussi marqués dans l'appareil respiratoire.

Vous ne trouverez pas non plus chez ces malades, même à une époque déjà avancée de l'affection, comme chez l'individu dont il s'agit ici, cet amaigrissement prononcé, cet aspect particulier de la face, cette teinte jaune et terreuse de la peau, qui caractérisent certains cancers, et je ne m'étonnerai pas, avec M. Descroizilles, de l'absence de ce cortége symptomatique. Les encéphaloïdes, a dit Laennec dans son article sur le cancer du poumon, peuvent exister longtemps sans produire un amaigrissement notable ; mais ce symptôme devient constant vers l'époque de la terminaison de la maladie, et il marche alors d'une manière très rapide. Les seuls cas où la mort arrive sans qu'il y ait eu d'amaigrissement, sont ceux où elle est déterminée par la situation même des tumeurs et par la pression qu'elles exercent sur les organes essentiels comme le poumon et le cerveau. Les cas, au contraire, où l'amaigrissement commence de bonne heure et presque dès l'origine de la

maladie, sont ceux où la matière morbifique, à raison du lieu où elle s'est développée, occasionne un flux colliquatif propre par lui-même à causer l'amaigrissement. Peut-être a-t-on un peu trop oublié ce passage de l'ancien président de cette Société, et, lorsqu'il s'agit de cancer, veut-on rencontrer toujours ce tableau en quelque sorte stéréotypé à l'avance que nous présentent seulement quelques cancéreux.

Si, en dehors des symptômes déjà énoncés, nous recherchons dans les observations analogues publiées, soit dans nos bulletins, soit dans les journaux anglais ou français, quelque autre manifestation qui puisse nous aider dans le diagnostic, nous trouverons que, dans bon nombre de cas, l'affection avait un certain retentissement dans les ganglions sus-claviculaires ou axillaires, et qu'il était possible, pendant la vie, de constater une certaine dureté, une certaine augmentation dans le volume de ces glandes. Ce fait, déjà signalé pour les tumeurs cancéreuses du médiastin, peut acquérir une certaine importance dans le cas d'encéphaloïdes du poumon et de la plèvre. Je regrette que M. Descroizilles n'ait pas cru devoir le mentionner dans son observation, soit que l'attention n'ait pas été attirée de ce côté, soit que l'examen n'ait point été fait, soit qu'au contraire ces ganglions fussent exempts de toute altération.

La nature du liquide contenu dans la plèvre que la thoracentèse, rendue urgente par l'état du malade, avait pu faire connaître, devint un élément de diagnostic incertain il est vrai, mais qui permit néanmoins à M. le professeur Trousseau d'émettre l'avis qu'il pourrait bien exister un cancer de la plèvre. M. Barth se rangea à l'opinion de son collègue de l'Hôtel-Dieu, et, comme vous l'avez vu, la chose n'était que trop réelle. Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter un moment sur la présence du liquide sanguin dans la plèvre, et de vous faire connaître le résultat de mes recherches à ce sujet. En compulsant les principales observations analogues à celles qui nous occupent, il est facile de voir que, dans un certain nombre de cas, il n'existe pas d'épanchement dans la cavité pleurale ou même un épanchement insignifiant, c'est lorsque des adhérences se sont formées entre ces deux feuillets séreux; dans les autres, où la cavité pleurale est libre, il existe du liquide, et ce liquide est le plus souvent sanguinolent. Ce signe, comme vous le voyez, acquiert une certaine importance, et, de plus, il s'accord

avec l'opinion émise à la Société des hôpitaux par M. Trousseau. Ce professeur s'appuyait sur deux cas dans lesquels la thoracentèse ayant donné issue à un liquide sanguinolent, l'autopsie avait montré que l'on avait affaire à un cancer de la plèvre. L'un de ces faits a été rapporté dans la thèse de notre ancien collègue, M. Lacaze-Duthiers (1851, n° 4); nous trouvons aussi, dans cet excellent travail, une autre observation qu'il ne me paraît pas sans intérêt de consigner ici.

Un homme de soixante-trois ans, entra, le 25 mai 1850, à l'hôpital de la Charité. Il avait eu deux ans auparavant une pleurésie à la suite de laquelle il s'était très bien rétabli. Trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital, ce malade, à la suite d'un excès de fatigue, a été pris le soir, en rentrant chez lui, d'un frisson et d'un point de côté situé en dehors et en arrière du mamelon droit. Ce point de côté ne l'a pas empêché de travailler encore quelque temps; mais depuis cinq jours il a été obligé de cesser toute occupation. A son entrée, respiration haletante, tous les signes d'un vaste épanchement du thorax; douleur à la partie latérale et inférieure de la poitrine, s'irradiant dans l'épaule; matité absolue dans tout le côté droit, jusqu'au creux sus-claviculaire; vibrations thoraciques presque nulles, souffle rude presque métallique, bronchophonie.

Les émissions sanguines, les vésicatoires, les purgatifs, le calomel jusqu'à salivation, les diurétiques, sont successivement employés sans le moindre amendement. Le nombre des pulsations s'élève bientôt à 124, la respiration devient de plus en plus courte, les forces du malade vont toujours s'affaiblissant.

Enfin, le 10 juin, le pouls est à 130; de l'œdème, depuis quelques jours, s'est manifesté dans toute la partie latérale droite de la base du thorax, et le malade est pris d'une douleur très vive et subite dans la partie affectée, ce qui rend la respiration plus courte encore. Après avoir longtemps hésité, à cause de la débilité de l'individu, M. Andral, en désespoir de cause, se résout enfin à l'opération.

La paracentèse est pratiquée avec les précautions indiquées. Sortie de 1,100 grammes de sérosité sanglante, ce qui fait redouter une lésion artérielle. Pendant l'écoulement du liquide, la main, placée sur les parois thoraciques, a perçu un gros frottement très

manifeste. La matité, après l'opération, était telle qu'auparavant; le souffle n'a point été modifié ; l'absence du murmure respiratoire est restée partout complète, et cependant le malade s'est trouvé un peu soulagé. L'agonie commence le soir et le malade meurt le lendemain dans la matinée.

A l'autopsie, on trouve une dégénérescence encéphaloïde fongueuse qui explique l'origine du liquide sanguinolent retiré par la paracentèse. La poitrine, examinée, montrait d'ailleurs que nul vaisseau n'avait été lésé. La plèvre pulmonaire, épaissie et fongueuse, appliquait le poumon ratatiné sur le rachis.

Ainsi que vous pouvez le voir, cette observation offre plus d'un point de ressemblance avec celle de M. Descroizilles. Même début insidieux, mêmes symptômes à peu près, même urgence d'opérer; enfin, même aspect du liquide obtenu par la ponction. Dans ce dernier cas, la présence du sang s'explique par l'état fongueux de la plèvre. Nous ne voyons rien de semblable dans la description des lésions chez le malade de M. Descroizilles ; néanmoins, l'examen fait au microscope, en révélant la présence de globules sanguins, porte à croire qu'une petite ulcération passée inaperçue, ou peut-être même cicatrisée, a donné lieu à une hémorrhagie susceptible de colorer en rouge le liquide primitivement séreux. Cette explication de l'aspect insolite du liquide me semble plus admissible qu'aucune autre. Peut-on invoquer ici l'influence d'une forte congestion par suite de l'obstacle au cours du sang dans le poumon? Je ne le pense pas. Il n'y a pas à songer non plus à ces hémorrhagies passives que l'on rencontre parfois chez les sujets débilités et cachectiques. Enfin, la présence de l'élément globulaire du sang n'implique-t-elle pas jusqu'à un certain point l'ouverture d'un capillaire sanguin ? Aussi, je le répète, cette explication satisfait mieux l'esprit, car elle est d'accord avec l'état actuel de nos connaissances pathologiques.

XXXVe ANNÉE. — DÉCEMBRE 1860.

SOMMAIRE :

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX. — 1. Tissu d'apparence érectile dans le foie. — 2. Affection du cœur. — 3. Foie syphilitique. — 4. Renversement de l'utérus. — 5. Polype de l'utérus. — 6. Tumeur abdominale. — 7. Embolie artérielle. — 8. Tumeur à myéloplaxes du tibia. — 9. Ulcère de l'estomac. — 10. Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — 11. Tumeur encéphalique. — 12. Surcharge de dégénérescence graisseuse des parois du cœur. — 13. Fracture du fémur. — 14. Polype de l'utérus. — 15. Nécrose du fémur. — 16. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — 17. Dilatation des bronches. — 18. Atrophie du lobe cérébral gauche. — 19. Fracture du crâne. — 20. Embolies de l'artère pulmonaire. — 21. Tumeur du médiastin.

OBSERVATIONS. — Tumeur du sein opérée, tumeur cancéreuse axillaire. Cancer du col du fémur des deux côtés. Fracture double du col du fémur. Observation par M. ROCHÉ, interne des hôpitaux.

Ramollissement de la protubérance. Anciens foyers hémorrhagiques des deux-corps striés et de la couche optique du côté gauche. Observation par M. MARTINEAU, interne des hôpitaux.

Tumeur de la région parotidienne. Observation par M. PAMARD, interne des hôpitaux.

Rapport sur l'observation précédente, par M. le docteur DOLBEAU.

Grossesse extra-utérine. Observation par M. JOUON, interne des hôpitaux.

Extrait du rapport de M. le docteur GUYON, sur l'observation précédente.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. *Proust* présente :

1. *a*. Un fragment de foie d'un homme âgé de soixante-sept ans, qui était entré à l'hôpital pour une pneumonie au troisième degré à laquelle il a succombé le surlendemain. L'altération du foie consistait en petites taches noirâtres ne faisant aucune saillie dans certains points, dans d'autres au contraire formant tumeur. Leur étendue était variable : quelques-unes offraient les dimensions d'une pièce de vingt centimes, d'autres d'une pièce de cin-

quante centimes; elles étaient assez régulièrement circulaires: en les incisant, la tumeur se vidait complétement, et lorsqu'un sang noir s'était écoulé, on voyait la tumeur traversée de fibres entrecroisées. Ces lésions se constataient surtout sur la partie médiane du foie, au niveau du sillon antéro-postérieur, correspondant à la division du foie en deux lobes; elles étaient plus nombreuses à la face supérieure qu'à la face inférieure.

---

8. *b*. Le cœur d'un homme âgé de cinquante-trois ans, entré le 31 octobre 1860, salle Saint-Augustin, n° 16, mort le 13 décembre.

Cet homme présentait les symptômes d'une affection cardiaque. Bruit de souffle au premier temps, maximum à la pointe, ne se prolongeant pas dans les vaisseaux; bruit musical au deuxième temps, maximum à la pointe, très circonscrit et ne se prolongeant pas dans les vaisseaux. Ces deux bruits étaient séparés par un silence prononcé. La matité à la région cardiaque n'était pas exagérée; le pouls n'offrait pas d'altération notable. Dans les derniers jours, cet homme fut pris d'une pneumonie et succomba le 13 décembre.

L'autopsie fit constater l'intégrité complète des valvules aortiques et de cet orifice. Il n'y avait ni rétrécissement, ni insuffisance. De l'eau versée dans l'aorte ne revenait pas dans le ventricule: l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était rétréci et insuffisant; la face extérieure de la valvule était adhérente à la face intérieure du ventricule gauche; en outre, elle était épaissie irrégulièrement. On observait, en outre, des plaques laiteuses sur le péricarde, et des caillots fibrineux occupaient les deux cavités cardiaques, se continuaient dans l'aorte, dans l'artère pulmonaire, dans la veine cave inférieure et dans les veines pulmonaires droites (c'était de ce côté qu'était la pneumonie).

---

8. *c*. Le foie d'une petite fille de six semaines, entrée le 30 novembre, salle Sainte-Marie, 14 bis, et morte le 10 décembre.

Cette enfant offrait des signes de syphilis congénitale: gerçure

et aspect fendillé des lèvres, petites plaques blanches (plaques muqueuses) à la face interne des lèvres ; coloration jaunâtre, subictérique, caractéristique de certains auteurs ; pustules ecthymateuses à la face et aux organes génitaux. Dans ces derniers points, les pustules d'ecthyma étaient ulcérées. On ne put trouver chez la mère aucun signe manifeste actuel de syphilis. Le père ne fut pas examiné.

L'autopsie permit de constater que le foie présentait un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. La coloration était aussi toute différente de celle que présente ordinairement le foie des enfants de cet âge. Le fragment d'un autre foie d'enfant du même âge à peu près, et mort le même jour, permit de constater cette différence d'une façon très évidente. Le foie était beaucoup plus pâle, et dans certains points on voyait de petites plaques blanches ressemblant à du cartilage. Ces plaques paraissaient constituées par du tissu fibreux, sans aucun vaisseau. Ces plaques, qui se montraient surtout à la surface du foie, se rencontraient également, mais en moins grand nombre, dans l'intérieur du foie, où elles se présentaient sous la forme de noyaux.

---

4. M. *Desprès* fait voir un *renversement complet de l'utérus* survenu onze jours après l'accouchement.

La femme D..., âgée de vingt-trois ans, primipare, accouchée le 9 novembre naturellement après trois heures de travail, délivrée un quart d'heure après l'accouchement sans accident ; perte consécutive à la délivrance, qui dura trois heures et fut abondante. L'hémorrhagie fut arrêtée au moyen de compresses d'eau froide appliquées sur le ventre. Tout alla pour le mieux dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement. Cependant le 17, la malade, après avoir présenté quelques symptômes fébriles assez inquiétants, prit 30 grammes d'huile de ricin. Dans la soirée, la malade eut quelques selles, et le lendemain matin, en allant sur le vase de nuit, elle sentit tout à coup un choc intérieur, et elle eut la sensation de quelque chose qui tombait entre ses cuisses.

Un médecin, appelé à la hâte, fit des tentatives infructueuses de réduction avec la main ; la malade fut apportée alors à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton.

Aspect anémique des plus caractérisés, pâleur des traits, petitesse du pouls, faiblesse de la parole, somnolence. Le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur molle, dépressible, surtout au point le plus déclive. En portant le doigt plus profondément, on arrivait sur un bourrelet assez saillant, correspondant à la partie la plus élevée de la tumeur. Ajoutons à cela qu'en écartant les grandes lèvres, on apercevait une tumeur constituée par la matrice renversée (écoulement vaginal assez abondant). Douleur vive à tout contact porté sur l'utérus renversé, à la pression sur le ventre.

Le premier jour de l'entrée à l'hôpital, le traitement consista en des cataplasmes sur le ventre, de l'opium 0,05, et 125 grammes de vin de quinquina.

Le mercredi 20, M. Nélaton examina la malade avec le plus grand soin, et en explorant l'abdomen, il constata une dépression capable de loger deux doigts correspondant au fond de l'utérus retourné; jugeant prudent de réduire au plus tôt l'utérus, la malade fut soumise à l'inhalation du chloroforme. Une réduction avec la main fut tentée ; des efforts réitérés n'ayant pu amener de résultat satisfaisant, et reconnaissant surtout la faiblesse des parois utérines, il s'arrêta.

La malade passa assez bien les deux jours qui suivirent. Le vendredi 23, M. Nélaton, auquel se joignit M. Depaul, résolut de faire une nouvelle tentative. Il se proposa de maintenir le fond de l'utérus retourné, pendant que M. Depaul tenterait la réduction. La malade fut chloroformisée de nouveau. M. Depaul fit d'abord avec la main des tentatives de réduction, les doigts réunis en cône. L'inutilité de ce procédé l'engagea à recourir à l'usage du bâton repoussoir qu'il avait déjà employé avec succès. Un instant on put croire que son habileté allait réussir. M. Nélaton, maintenant toujours le fond de l'utérus, sentait le corps de l'utérus venir faire saillie au niveau de la dépression correspondant à l'utérus retourné. Ce ne fut pas sans crainte que M. Depaul insista, il sentait l'utérus céder, et l'état de cet organe n'était pas peu propre à justifier ses appréhensions ; enfin une dernière tentative allait, sans doute, réussir, lorsque M. Depaul sentit céder quelque chose : c'était la paroi utérine. Il s'arrêta aussitôt, et le toucher lui apprit immédiatement la justesse de ses prévisions.

La malade fut reconduite à son lit, où elle resta la journée dans un état peu différent de celui où elle était les jours précédents. Mais le soir, le ventre s'était ballonné, des douleurs vives apparurent, le pouls devint plus petit, plus accéléré, et quelques hoquets, bientôt suivis de vomissements, vinrent nous confirmer dans le diagnostic d'une péritonite aiguë. — Julep, sirop de morphine 30 grammes, cataplasmes sur le ventre.

Les symptômes s'aggravèrent le lendemain, les douleurs devinrent excessives et arrachaient à la malade des cris répétés. Enfin, le dimanche, à une heure du matin, la malade succombe.

Autopsie le lundi, à neuf heures du matin. — Péritonite en voie de généralisation, très marquée à la partie inférieure de l'abdomen, liquide peu abondant, fausses membranes déjà étendues dans les fosses iliaques et l'hypogastre. Aucune anse intestinale n'était engagée dans l'utérus. La vessie était vide, et remontait assez haut au-dessus du pubis.

La pièce, enlevée aussi complétement que possible, présente :

1° L'utérus volumineux, retourné, formant, par sa face péritonéale, un entonnoir large, pouvant admettre trois doigts, et dans lequel sont engagés les ovaires en partie, les trompes et le ligament rond, avec le péritoine qui, sous le nom de ligaments larges, revêt ces trois annexes de l'utérus.

2° Les uretères sont en rapport avec le vagin et un peu plus remontés qu'ils ne le sont d'habitude ; la vessie est portée en haut et en avant.

3° Les vaisseaux de la région sont exsangues, excepté à la partie inférieure du vagin où il y a des ecchymoses. Dans le vagin, on trouve, indépendamment des traces d'une inflammation peu vive, une coloration violacée, presque gangréneuse, de la muqueuse ; l'utérus est presque réduit en putrilage sur plusieurs points, au niveau de la rupture en particulier.

En recherchant à la partie supérieure, on trouve un bourrelet plus marqué à droite, correspondant assez bien au col utérin ou plutôt à l'insertion du vagin sur le col ; car, comme on le sait, au moment de l'accouchement, le col distendu est loin de présenter la consistance caractéristique du col utérin d'une femme en dehors de

la grossesse. Du reste, en examinant la matrice par la face péritonéale, on retrouve facilement une ligne blanchâtre assez accusée, et qui correspond au bourrelet que l'on sent par le vagin.

---

5. M. *Dufour* présente à la Société un *polype* enlevé sur le col de l'utérus par M. Demarquay.

Cette production morbide, qui probablement faisait saillie hors du col, appartient bien au col, mais non pas à la partie vaginale libre ou museau de tanche, comme peut-être on a pu le croire cliniquement. Il est lamelleux et comme replié sur lui-même en double, et présente par sa coloration rouge, ses bords régulièrement frangés à dentelures arrondies, l'apparence d'une crête de coq, dont il a environ le volume. Il s'étale vers l'extrémité libre, et présente un pédicule plus ou moins rapproché du point réel d'implantation. Ce pédicule, aplati d'un côté à l'autre, a environ 1 centimètre dans son plus grand diamètre, l'épaisseur n'étant représentée que par 2 ou 3 millimètres.

Ce polype est assez vasculaire, il est sillonné par un nombre considérable de vaisseaux. Il ne paraît formé par aucun tissu morbide; c'est une hypertrophie d'un élément normal. Ce ne sont pas des amas de follicules clos comme on en voit assez souvent dans cette région, qui peuvent donner lieu à des apparences de productions polypeuses par leur développement excessif, mais l'hypertrophie d'une partie du col qui se trouve bien signalée à l'état normal dans Kölliker (traduction française, p. 581) : « Le tiers » ou la moitié inférieure du canal cervical de l'utérus présente des » papilles verruqueuses ou filiformes de $0^{mm},2$ à $0^{mm},7$ de hau- » teur, revêtues de cylindre d'épithélium vibratile. Chacune d'elles » contient une ou plusieurs anses vasculaires et une quantité » énorme de petits noyaux, quelquefois aussi de gouttelettes pâles » de graisse. »

En effet, dans ce polype examiné au microscope, on trouve un derme fibroïde parcouru de nombreux vaisseaux sanguins, beaucoup de globules du sang et ces petits noyaux libres mentionnés par Kölliker; des saillies villeuses en nombre considérable, recouvertes d'épithélium cylindrique très développé dont voici des mesures. Les noyaux ont en moyenne : 0,0144 de millimètre de

long : extrêmes, 0,013 et 0,016; et 0,0075 de millimètre de large : extrêmes, 0,006 et 0,008. Les cellules d'épithélium cylindrique ont en moyenne 0,058 de millimètre de long : extrêmes, 0,070 et 0,046.

On n'a pu y trouver de cils, soit qu'ils aient été rompus par le temps, soit que l'hypertrophie du produit morbide ait arrêté le développement normal des cils; ce qui serait plus probable, car l'examen a eu lieu sur la pièce encore très fraîche, et il eût été facile alors d'observer quelques cellules régulièrement ciliées.

M. *Jacquart* fait voir une *tumeur abdominale*.

S..., quatre ans, entre le 22 octobre 1860 à l'hôpital des Enfants malades. Ce garçon est pâle, blond, lymphatique; depuis quelque temps, il paraissait plus pâle encore, et depuis huit jours environ on a remarqué que les membres inférieurs, ainsi que le ventre, étaient augmentés de volume par suite d'ascite et d'œdème.

Le 26 novembre, on trouve en effet un œdème assez considérable des membres inférieurs et des parties génitales externes. Le ventre est énorme, les veines sous-cutanées sont très développées, le foie paraît avoir son volume normal; rien au cœur, pas d'albumine dans les urines. En explorant avec soin la cavité abdominale, on trouve dans le flanc droit une tumeur dure d'un volume égalant le poing d'un adulte, séparée de la paroi abdominale par une couche de sérosité ascitique que l'on refoule facilement, et qui, étant ainsi refoulée, laisse arriver les doigts sur la tumeur où l'on a la sensation d'un corps dur, mobile lorsqu'on agit sur sa circonférence, pouvant se déplacer de quelques centimètres en se portant vers le flanc gauche, mais revenant à sa position normale lorsqu'on l'abandonne à elle-même. Cette tumeur, du reste, paraît avoir une surface unie, régulière, et ne ressemble en aucune façon aux tumeurs bosselées du carreau.

Quelle peut être la nature de cette tumeur? Ce n'est pas une dépendance du foie, car entre cet organe et la tumeur on trouve un intervalle sonore dû à la présence du côlon transverse. La rate occupe sa position normale : on ne peut non plus admettre l'existence d'une tumeur stercorale, car l'enfant a depuis quelques jours un peu de diarrhée. La possibilité d'une inclusion fœtale ou d'un

rein flottant dans la cavité abdominale étant écartées à cause de la rareté de ces affections, on admet l'existence d'une infiltration tuberculeuse du grand épiploon qui aurait contracté des adhérences avec les intestins. Ce diagnostic est, d'ailleurs, rendu plus probable par l'état général et les autres symptômes. Il y a de la toux, une faiblesse extrême, de la diarrhée, un peu de matité et de râle dans le poumon droit, surtout vers le sommet. Déjà huit enfants nés des mêmes parents sont morts languissants ; tous les soirs il y a de la fièvre, de la sueur. Le 28 novembre, même état. La fièvre persiste toute la journée depuis deux ou trois jours. Néanmoins l'enfant mange bien, ne vomit pas, va à la selle plusieurs fois par jour, mais non en diarrhée. Chiendent nitré et frictions avec teinture de digitale. L'abdomen, mesuré à sa partie la plus saillante, c'est-à-dire à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, a une circonférence de 69 centimètres.

Du 11 décembre, cet enfant n'a présenté rien de bien intéressant; depuis son arrivée, il perd chaque jour de ses forces. L'œdème des membres inférieurs a beaucoup diminué, la face elle-même, qui était très légèrement œdématiée, a pris un caractère de maigreur excessive. L'appétit est toujours très bon.

Le 15 au matin, on le trouve étendu dans son lit dans un état d'anéantissement complet, n'ayant plus qu'un souffle de vie.

Mort le 15, à cinq heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une très grande quantité de sérosité citrine non transparente, mais trouble. Cette sérosité devient plus opaque dans les dernières parties qui s'en écoulent, et renferme alors de gros fragments d'une nature blanchâtre comme caséeuse. Le péritoine offre des traces de péritonite chronique avec sécrétion de fausses membranes. Le foie, notamment, est couvert d'une couche pseudo-membraneuse blanche et légèrement granulée qui paraît de formation récente. Au-dessous du foie se trouve le côlon transverse, puis immédiatement au-dessous une tumeur du volume du poing d'un adulte qui paraît être constituée par le grand épiploon adhérent aux intestins et fait corps avec ces intestins et le mésentère, qui est infiltré de masses tuberculeuses, dont quelques-unes sont volumineuses. L'intestin grêle seul paraît concourir à la formation de cette tumeur; en l'examinant par son bord inférieur et en soulevant ce bord, on

découvre des cavités anfractueuses constituées par les replis séparant les anses intestinales ; ces cavités renferment une plus grande quantité de fausses membranes, un liquide sanieux roussâtre constitué par la sérosité mêlée de matières intestinales : on trouve, en effet, une rupture de l'intestin en ce point.

Les autres parties du mésentère, le méso-côlon, renferment des ganglions d'une grosseur variant d'une amande à une noisette, et transformés en masses blanchâtres, lardacées, assez semblables à du cancer encéphaloïde.

Le poumon droit, adhérent à la paroi thoracique par toute sa surface, était rouge, induré, et contenait quelques tubercules crus disséminés dans sa masse.

Le poumon gauche était à peu près sain, sauf un peu de congestion à sa base. Le péricarde contenait un peu de sérosité limpide.

La rate offrait à sa surface et dans son parenchyme des granulations tuberculeuses de volume variable.

---

7. M. *Dumont-Pallier* présente une *embolie* de l'artère cérébrale moyenne gauche ayant déterminé un ramollissement circonscrit du cerveau.

La femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était âgée de trente-huit ans; elle était accouchée depuis vingt-sept jours. Elle fut prise subitement d'accidents apoplectiformes, perte subite de connaissance, hémiplégie complète du côté droit. Entrée dans le service de M. Trousseau, elle fut l'objet d'un examen attentif, et le professeur de l'Hôtel-Dieu, en auscultant la région précordiale, perçut un bruit de souffle très manifeste au premier temps, ayant son maximum à la pointe du cœur. Il existait évidemment une lésion de la valvule mitrale. Ayant connaissance des beaux travaux entrepris par Virchow sur la migration des caillots, et se fondant sur la facilité avec laquelle se forment les coagulations sanguines chez les femmes accouchées depuis peu de temps, sur la rapidité avec laquelle s'étaient développés les accidents, M. Trousseau n'hésita pas à penser que l'on avait affaire à une embolie d'une artère cérébrale ayant déterminé dans les centres nerveux un certain degré de ramollissement.

L'autopsie vint pleinement confirmer le diagnostic. La malade,

qui succomba huit jours après son entrée, offrit peu de réaction inflammatoire, ne recouvra point sa connaissance, et aucun changement ne survint dans l'état du côté paralysé.

L'examen cadavérique montra qu'il existait un ramollissement de la portion du cerveau qui se trouve en avant du corps strié gauche; du même côté, le calibre de l'artère cérébrale moyenne était oblitéré par un caillot, sans que les parois du vaisseau parussent le moins du monde être le siége de lésions.

On trouvait, en outre, au niveau de la bifurcation carotidienne, un caillot se prolongeant de plusieurs millimètres dans les branches interne et externe ainsi que dans une petite artère, probablement la thyroïdienne moyenne. Ce caillot se terminait par le côté qui regarde le cœur, par un prolongement filiforme.

Enfin, la valvule mitrale était le siége de lésions très évidentes. C'étaient de petits caillots, sortes de verrues, d'un volume plus ou moins considérable, placées sur la surface auriculaire de la valvule, les unes adhérentes à l'endocarde, les autres libres et presque flottantes.

S. M. *Desprès* met sous les yeux de la Société une *tumeur* occupant l'extrémité supérieure du tibia droit, dans laquelle l'examen microscopique a montré des myéloplaxes et des éléments fibroplastiques.

C... (Alph.), laboureur, entre à l'hôpital des Cliniques le 9 décembre pour la seconde fois, manifestant le désir de se faire opérer pour une tumeur qu'il porte au genou droit. C'est un garçon de vingt-quatre ans, élevé en Bourgogne, dont les parents sont en bonne santé. Il n'a jamais eu que des fièvres, et une fois un mal d'yeux qui n'a pas été très grave. Il a été réformé à cause de ses pieds plats.

Il y a neuf mois environ, le malade dit s'être heurté le genou sur le garrot d'un cheval qu'il montait, et avoir souffert à la suite de cet accident après une marche forcée. Le malade est resté au lit quinze jours, et il lui a été appliqué des cataplasmes sur le genou. Il continua à souffrir néanmoins et consulta des rebouteurs; n'éprouvant aucun soulagement et ayant constaté la présence d'une petite tumeur un peu au-dessous de la rotule, il entra à l'hôpital.

Il portait alors une tumeur à la partie supérieure et antérieure du tibia, du côté droit, grosse comme une noix, sans changement de coloration à la peau, dure, non fluctuante, pas douloureuse, qui était le siége de quelques battements.

Le malade marchait assez bien; il remarquait seulement qu'il avait la jambe roide. A ce moment M. Nélaton, prévoyant déjà l'opération qui deviendrait nécessaire, avertit ce garçon et lui conseilla de venir se faire débarrasser de son mal au commencement de l'hiver. Celui-ci retourna dans son pays; mais il revint plus tard à l'hôpital, présentant une tumeur située à la partie supérieure de la jambe droite, grosse comme les deux poings. La peau, distendue, n'offre aucune trace d'adhérences avec la tumeur. On sent en avant un point osseux, peu rénitent, dans l'endroit où autrefois on pouvait sentir quelques battements. L'articulation du genou a conservé ses mouvements, qui sont gênés, mais point douloureux; la tumeur n'est pas assez adhérente à la diaphyse pour que l'on ne puisse lui imprimer quelques mouvements.

Le 17, M. Nélaton ampute la cuisse au tiers inférieur. L'opération ne fut signalée par aucun accident; seulement, la section du fémur donna du sang en assez grande abondance, et la partie du fémur qui avait été enlevée, examinée au moment même, a paru manifestement congestionnée, surtout vers les lames superficielles du tissu compacte.

Une coupe, faite sur le milieu de la tumeur, montre que la rotule est le siége d'une ostéite chronique. L'articulation est saine; les cartilages diarthrodiaux, les méninges interarticulaires sont intacts. L'épine du tibia a disparu; les ligaments croisés s'insèrent sur la tumeur même; le ligament adipeux existe, mais il est le siége d'une dégénérescence analogue à celle de la tumeur. Le ligament rotulien contient à sa partie inférieure une coque osseuse offrant une matière en tout semblable à celle qui constitue la tumeur, et l'on peut reconnaître le point épiphysaire de la tubérosité antérieure du tibia.

La tumeur, du volume des deux poings, occupe l'épiphyse supérieure du tibia; elle est arrondie, circonscrite en haut par la synoviale articulaire, en bas par une section osseuse nette de la diaphyse du tibia, en dehors et en dedans par les aponévroses amincies qui environnent l'articulation, et au-dessous d'elles par le

périoste sur lequel sont insérés les muscles qui s'attachent à l'extrémité supérieure du tibia. Il n'y a point de veines dilatées et noueuses à la surface. La coupe de la tumeur présente une coloration uniforme analogue au tissu musculaire du veau. Elle est parsemée de stries blanchâtres, et, à la partie antérieure, on trouve des artérioles dilatées et béantes ; le tissu est rénitent, il ne s'écrase point facilement sous le doigt ; à la périphérie seulement, il se déchire quand on veut le séparer des enveloppes voisines.

Examen microscopique. — Le tissu morbide est composé de plaques irrégulières, à noyaux multiples ou myéloplaxes, éléments normaux de la moelle. Ces plaques sont répandues en grande abondance et constituent au moins les deux tiers et presque les trois-quarts de la masse de la tumeur; l'examen a porté sur plusieurs points différents, et les résultats ont toujours été les mêmes. Le reste de la tumeur est constitué par des éléments fibro-plastiques et quelques rares médullocelles.

M. *Potain* montre un ulcère de l'estomac qui paraît être ancien.

La femme chez laquelle cette pièce a été recueillie était âgée de soixante et onze ans ; elle présentait peu de phénomènes morbides du côté des fonctions digestives. Sauf une très forte constipation, elle ne s'était jamais plainte de douleurs épigastriques. A la suite de l'administration de calomel à la dose d'un gramme en une fois et d'huile de ricin, elle fut prise de vomissements fréquents et d'une abondante diarrhée. La glace, la diète lactée, calmèrent les vomissements; mais la diarrhée persista. Il survint une salivation abondante, des ulcérations pseudo-membraneuses se manifestèrent dans la bouche. Bref, il survint un état grave, les vomissements reparurent, et la malade succomba dans le marasme au bout de trois semaines.

L'autopsie ne révéla aucune lésion du cœur ni des poumons; rien de particulier dans les intestins. On trouva près du pylore, au niveau de la petite courbure, un ulcère de forme ovale ayant 1 centimètre de long dans son plus grand diamètre; on voit à son pourtour une cicatrice linéaire froncée en quelques endroits, ce qui

semblerait prouver que l'ulcère est en voie de cicatrisation ; il ne paraît pas, du reste, être allé au delà de la membrane muqueuse.

---

10. M. *Paul* fait voir des *ulcérations tuberculeuses de l'intestin* provenant d'un homme qui a succombé à une phthisie rapide.

Outre les lésions pulmonaires ordinaires, cavernes multiples de toute grandeur, on trouve dans l'intestin grêle des ulcérations nombreuses occupant presque exclusivement les plaques de Peyer et très peu les follicules isolés. Ces ulcérations, par leur siége, leur forme, leur couleur et leur grandeur croissante, en suivant la cavité de l'intestin grêle, ayant leur maximum au niveau de la valvule iléo-cæcale, ont toute l'apparence des ulcérations de la fièvre typhoïde. Il en existe de même dans le gros intestin.

La nature tuberculeuse de cette lésion est établie ici, non-seulement par la concomitance des lésions pulmonaires, mais par des éruptions de tubercules sous-péritonéaux au niveau des ulcérations, et par les dépôts de matière tuberculeuse dans les ganglions mésentériques.

---

11. M. *Laborde* présente une *tumeur encéphalique* chez un homme de vingt-sept ans. Elle offre à peu près le volume d'un gros œuf de poule, directement implantée sur la *couche optique* du côté gauche, dont elle tient pour ainsi dire la place. Libre par sa périphérie, elle fait saillie dans le ventricule gauche, dont elle élargit singulièrement la cavité. Le corps calleux, qui repose immédiatement sur sa face supérieure, se trouve ainsi fortement refoulé en haut, sans avoir, toutefois, éprouvé la moindre déchirure. L'incision de celui-ci par la grande scissure médiane mène directement sur la tumeur. Il résulte de sa situation que la protubérance annulaire, les pédoncules cérébelleux moyens et le cervelet lui-même (face inférieure des lobes latéraux) constituent également des rapports très prochains, mais seulement de contiguïté avec elle. De plus, elle a fortement refoulé, en pressant sur elles, la cloison et son ventricule, la voûte à trois piliers, et a exercé aussi, d'une façon médiate, sur la couche optique du côté opposé, une com-

Quant à la stupeur, elle peut trouver son explication posthume dans la compression si remarquable des circonvolutions cérébrales que nous avons signalée plus haut avec détail. Enfin, le malade s'est éteint dans le marasme, trois semaines environ après son entrée dans l'hospice. Dans le but d'élucider l'histoire si obscure de la marche et des symptômes de son affection, j'ai cherché à voir sa famille ; mais tout ce que j'ai pu recueillir de renseignements ne saurait malheureusement apporter le moindre éclaircissement au diagnostic. En effet, j'ai pu seulement savoir de son frère et de sa sœur qu'il n'y avait guère que sept semaines qu'il avait commencé à se plaindre et à s'aliter ; que ses plaintes avaient trait surtout à une faiblesse générale ; qu'il avait des habitudes alcooliques très prononcées, et qu'il avait eu à supporter toute espèce de privations durant ses pérégrinations d'ouvrier.

---

12. M. *Potain* montre une *surchage de dégénérescence graisseuse des parois du cœur*. Il remet l'observation suivante : Madame L..., âgée de quatre-vingts ans, pensionnaire de l'hospice des Ménages, entre à l'infirmerie le 5 décembre 1860. Elle avait eu cinq enfants, disait se porter habituellement bien et assurait n'avoir jamais fait de maladie sérieuse. Dans sa jeunesse seulement quelques indispositions qui n'avaient duré que quelques jours et dont elle n'avait jamais su la nature. Elle n'était pas sujette à s'enrhumer, mais avait toujours eu l'haleine un peu courte, et n'avait jamais pu courir sans s'essouffler promptement. Depuis plusieurs années elle avait une toux habituelle qui s'exaspérait ordinairement l'hiver, s'accompagnant alors d'un peu de dyspnée. Elle avait perdu son mari depuis deux ans ; depuis ce temps elle avait considérablement engraissée et sa respiration était devenue plus courte et plus pénible,

Aux premiers froids de cet hiver elle avait commencé de tousser beaucoup, et son oppression s'était beaucoup exagérée. Elle n'avait pas d'accès d'étouffement pendant la nuit, dormant même assez bien, mais elle ne pouvait faire un pas sans être aussitôt hors d'haleine.

Le jour de son entré à l'infirmerie elle était sans fièvre, sans chaleur à la peau, le pouls à 76, régulier, peu développé. On re-

marquait chez elle un embonpoint considérable et une teinte violette, cyanosée des lèvres. Il n'y avait pas d'œdème aux extrémités inférieures. Au lit, la respiration était assez fréquente, sans beaucoup d'oppression cependant. La toux était rare, les crachats peu abondants, la résonnance de la poitrine partout assez forte, malgré l'embonpoint, le bruit vésiculaire inégal. Des rhonchus vibrants étaient disséminés en quantité assez modérée dans toute la poitrine.

Le cœur ne pouvant être limité exactement en raison de l'extrême embonpoint de la malade, les battements de la pointe n'étaient point sentis. Les bruits cardiaques étaient nets, sans souffle, sans dureté, mais faibles, profonds, éloignés de l'oreille, et d'autant plus difficiles à bien étudier, que la malade ne pouvait suspendre sa respiration. — Langue humide, un peu blanche, appétit conservé, selles régulières.

On prescrivit simplement une potion expectorante.

Après avoir éprouvé un peu de soulagement, la malade fut reprise d'une sensation d'oppression plus grande ; la cyanose des lèvres augmenta ; le pouls devint fréquent, inégal, irrégulier. On lui fit prendre 10 centigrammes de poudre de digitale chaque jour. Les accidents se modérèrent un peu ; cependant la cyanose ne disparut jamais entièrement, bien que la poitrine fût assez libre.

Le 16, la malade fut prise dans la journée d'une excessive oppression, de toux fréquente avec expectoration abondante de crachats de sang pur. Les accidents s'aggravèrent rapidement, et, en moins de deux heures, elle expira, conservant sa connaissance jusqu'à la fin.

L'*autopsie* fut faite au bout de quarante-deux heures par un temps très froid.

La rigidité cadavérique était très prononcée, il n'y avait aucune trace de décomposition. Le cadavre était extrêmement chargé de graisse. La paroi abdominale en présentait une couche de plus de 4 centimètres, l'épiploon en contenait énormément ; les muscles en étaient infiltrés, et les muscles intercostaux en particulier, soumis à l'examen microscopique, montrèrent un grand nombre de leurs fibres ayant éprouvé un commencement de transformation graisseuse.

Le thorax, dépouillé de son épais revêtement graisseux, parut relativement étroit. On trouva les deux poumons adhérents dans

bec saillant auquel ne se communiquent pas les mouvements imprimés à la jambe et au fragment inférieur. La réduction ne présente pas de grandes difficultés, mais aussitôt que l'on cesse l'extension, la saillie que nous venons de signaler se reproduit.

Bandage de Scultet jusqu'au 4 octobre. Ce jour-là on applique un bandage plâtré remontant jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; on a soin de maintenir l'extension du membre pendant le temps nécessaire à la dessiccation de l'appareil.

Le 8 novembre, on retire l'appareil plâtré; la fracture est consolidée, mais elle présente une saillie antérieure assez volumineuse due au fragment supérieur, dont le chevauchement n'a pu être corrigé. Le raccourcissement est encore de 5 centimètres. L'articulation du genou est devenue roide, et ne se prête qu'à de très légers mouvements. On prescrit des manœuvres légères pour l'assouplir et lui rendre sa mobilité.

Le 15, l'élève chargé du massage et des manœuvres de flexion et d'extension, déjà devenues plus faciles, sent un craquement se produire; en même temps la malade se plaint d'une douleur très vive. La cuisse était de nouveau fracturée, comme le prouvent la mobilité anormale et la crépitation. On crut que le cal avait cédé. Le membre fut mis dans une gouttière.

Le 17, frissons et envies de vomir. La malade, qui s'était fait une légère déchirure à la cuisse en grattant un point comprimé par la gouttière, est prise d'érysipèle autour de cette petite écorchure (la salle était en ce moment infectée d'érysipèle).

Le 18 et les jours suivants, la langue se sèche, le délire survient, l'adynamie se prononce, et la malade succombe avec un érysipèle de la partie inférieure du tronc et de toute la cuisse droite le 23 novembre.

Autopsie. — Congestion hypostatique des deux poumons. Tout autour du foyer de la fracture les muscles et le tissu cellulaire sont infiltrés d'une sorte de gelée sanguinolente rougeâtre; des saillies irrégulières, des masses rugueuses ossifiées, occupent aussi une partie de ces éléments. En incisant les parties molles pour mettre le siége de la fracture à nu, on constate : 1° une fracture ancienne consolidée; 2° une fracture nouvelle ne présentant encore aucune trace d'un travail réparateur, et dont le foyer est plein d'un liquide séro-purulent. La première offre un chevauchement complet et

fragments, qui se sont fortement soudés dans leur position vicieuse. Cette fracture siége en arrière à 14 centimètres au-dessus du plan par lequel les condyles fémoraux reposent sur le tibia, et en avant à 13 centimètres seulement. Elle est donc oblique en avant et en bas. Les deux fragments se sont complétement abandonnés, et le fragment supérieur a passé au-devant de l'autre. De plus, léger déplacement angulaire au sommet externe. L'extrémité saillante du fragment supérieur est à 9 centimètres environ au-dessus du plan horizontal des condyles fémoraux, ce qui rend très bien compte du raccourcissement de 4 centimètres observé pendant la vie. Le cal, volumineux, inégal et complétement spongieux, est très solide, et adhère fortement à la face antérieure du fragment inférieur. La deuxième fracture, la plus récente, siége précisément là où cesse le cal de l'ancienne, et ce n'est pas ce dernier qui a cédé, c'est immédiatement au-dessous de lui que s'est faite la solution de continuité. Du reste, aucun effort réparateur; ramollissement et suppuration du tissu médullaire dans une hauteur de 3 ou 4 centimètres au-dessus de la fracture.

En résumé, cette fracture, que nous appellerons secondaire, siégeait précisément au-dessus du cal, bien que celui-ci n'eût pas encore deux mois de date. Les signes d'ostéomyélite que nous avons constatés attestent-ils que le corps du fémur était affaibli et rendu plus fragile en ce point. Nous n'oserions l'affirmer, mais nous croyons que cet os était plus ou moins altéré dans sa texture pour avoir cédé à des manœuvres qui, bien qu'un peu forcées peut-être, n'auraient certainement pas déterminé d'accident sur un fémur sain. Bien que cette nouvelle fracture datât de huit jours, on n'a constaté aucun vestige de réparation; il nous semble que l'érysipèle à forme adynamique qui a emporté la malade suffit à expliquer cette circonstance.

---

14. M. *A. Legroux* met sous les yeux de la Société un *polype de l'utérus* recueilli chez une femme morte de pneumonie, dans le service de M. Grisolle, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade, habituellement bien portante, habituellement bien réglée, a eu cinq enfants; elle est depuis deux ans sujette à des

pertes qui ont produit chez elle une anémie portée à un degré extrême.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions de la pneumonie, arrivée au deuxième degré, un abaissement de l'utérus; puis, à l'intérieur de cet organe, un polype qui avait la forme d'une gourde. Il s'insère au fond de l'utérus et sur la portion postérieure et latérale gauche, en même temps que sur l'orifice de la trompe. Du même côté, on voit plusieurs adhérences qui s'étendent de la partie supérieure du col de l'utérus à la partie rétrécie du polype. Le pédicule de la tumeur est aplati d'avant en arrière, et va en se rétrécissant de la partie supérieure jusqu'au niveau du col de l'utérus. Là le corps fibreux prend une forme arrondie et augmente de volume, jusqu'à sa terminaison. Le col de l'utérus est considérablement allongé; ses dimensions sont, en hauteur, de 5 centimètres. Le corps, ou la partie arrondie du polype, occupe toute la cavité du col et dépasse un peu dans le vagin.

Les dimensions de ce corps fibreux sont : pour la hauteur, 8 à 9 centimètres; pour la largeur, à son point d'insertion, 3 centimètres 1/2; pour sa circonférence, dans son point le plus large, 15 centimètres 1/2; le diamètre transversal est de 5 centimètres; le diamètre antéro-postérieur est de 3 centimètres 1/2. Sa surface externe est lisse; on y remarque, au toucher, plusieurs points plus mous que d'autres. A l'intérieur, le tissu qui le compose est rosé; on y voit comme des faisceaux de fibres; on y remarque aussi des noyaux plus durs et qui crient sous le scalpel.

---

15. M. *Brouardel* montre une *nécrose superficielle de l'extrémité inférieure du fémur avec ostéite condensante et ostéomyélite suppurée.* — Il remet l'observation suivante : T..., fumiste, âgé de vingt-six ans, est entré à la Charité, le 16 novembre 1860, dans la salle de la Sainte-Vierge, n° 40 (service de M. le professeur Velpeau).

C'est un garçon encore vigoureux, bien qu'il paraisse fatigué et amaigri. Il a eu, raconte-t-il, dès son enfance, vers l'âge de douze ans, des abcès qui occupaient la partie inférieure de la cuisse gauche. Ces abcès, qui se sont reproduits fréquemment, ont laissé de nombreuses cicatrices situées sur les parties latérale et postérieure de la cuisse. Le malade dit qu'ils ont, à diverses reprises, donné issue à des os, mais toujours d'un petit volume.

Ses autres antécédents ne présentent rien de particulier ; le malade n'est pas sujet à tousser, n'a pas de ganglions engorgés.

Ces abcès, qui l'obligeaient à cesser tout travail quand ils se formaient, sont revenus jusque dans ces derniers temps ; mais, depuis le mois de juillet, il ne s'en est plus formé, et, au moment de son entrée, ils sont tous cicatrisés.

Le 16 novembre, le malade, depuis une huitaine de jours, ressent dans le genou des douleurs très vives qui l'empêchent de dormir et de marcher. L'articulation du genou est gonflée, volumineuse, distendue par du liquide. La partie inférieure de la cuisse est plus volumineuse que celle du côté opposé ; elle est dure, empâtée. Tous les mouvements de la jambe sont douloureux ; pas de réaction générale vive.

Le 23 novembre, une des anciennes cicatrices, située à la partie externe de la cuisse, s'est ouverte et a donné issue à du pus blanchâtre, mais mal lié, un peu séreux. Les douleurs ont augmenté et sont rapportées par le malade à l'articulation du genou, qui reste très volumineux.

Le 3 décembre, fluctuation superficielle au niveau du genou. Deux incisions donnent issue à du pus qui siége dans la couche sous-cutanée, au-devant de l'articulation ; pus crémeux, bien lié.

Le 6 décembre, la cuisse tout entière devient volumineuse ; la peau est tendue. Pas de sommeil ; réaction générale très vive ; délire la nuit.

Le 10 décembre, les douleurs persistant aussi intenses, M. Velpeau se décide à ouvrir l'articulation du genou : l'incision donne issue à une grande quantité d'un pus sanguinolent, mal lié, fétide.

Le malade reste dans un état général grave ; il a une sorte de mobilité nerveuse très vive ; il est très épuisé, amaigri, et la nuit il est en proie à un délire loquace intense.

Le 16 décembre, frisson très violent qui dure une heure. Les jours suivants, les frissons se répètent, le malade prend la teinte jaune de l'infection purulente, et meurt dans la nuit du 20 décembre.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. — Abcès métastatiques nombreux et peu volumineux dans le foie, les poumons, la rate. Pas de tubercules dans les poumons.

La cuisse gauche contient des clapiers énormes remplis de pus. Ces abcès remontent depuis le genou jusqu'à un travers de main de l'articulation coxo-fémorale; ils occupent toute la circonférence de la cuisse. L'articulation du genou est ouverte, pleine de pus. Les os sont privés de leurs cartilages en plusieurs endroits; les plaques cartilagineuses qui restent se laissent facilement décortiquer, et cela aussi bien sur la surface articulaire du tibia que sur celle du fémur.

Le périoste du fémur est détruit en avant dans l'espace sus-condylien, et en arrière au niveau du creux poplité. Sur les parties latérales, il reste encore des lambeaux de périoste; mais là où il a persisté, le périoste est épaissi, comme infiltré de lymphe plastique; d'ailleurs peu adhérent, il se laisse facilement détacher de l'os.

L'os présente lui-même un aspect particulier; il est de couleur à peu près normale; mais en grattant avec l'ongle, on détache des écailles osseuses qui ont, quelques-unes 1 centimètre en longueur et en largeur, mais qui sont comme papyracées. De plus, au toucher, il s'enlève de l'os une poussière très fine qui reste adhérente aux mains.

En sciant le fémur perpendiculairement à la diaphyse, au niveau de la bifurcation supérieure de la ligne âpre, on constate que le canal médullaire a disparu. Le tissu osseux est compacte, serré, et présente tous les caractères de l'ostéite condensante.

En sciant l'os suivant son axe, on trouve que le canal médullaire ne persiste qu'au niveau du tiers inférieur, qu'il a disparu dans toute la partie supérieure et dans les lieux où il aurait dû exister: on trouve des portions de matière osseuse un peu rougeâtre, mais le tissu osseux est aussi dense et aussi compacte.

Dans le tiers inférieur, le canal médullaire est remplacé par des espaces irréguliers, dont les parois sont formées par du tissu osseux blanc, mais plus condensé que le tissu spongieux ordinaire. Ces sortes de cloisons circonscrivent des loges remplies d'un pus très lié, adhérent aux parois. Ces loges anfractueuses ont quelques-unes jusqu'à 6, 7, 8 millimètres de diamètre, et se trouvent irrégulièrement superposées dans la direction du canal médullaire. La circonférence osseuse du tiers inférieur du fémur est formée par du tissu compacte et ne présente aucune ouverture par laquelle ce

pus aurait pu fuser à l'extérieur. La partie spongieuse de l'extrémité inférieure du fémur présente des colorations diverses ; des portions très rouges touchent à d'autres blanchâtres, qui semblent renfermer dans leurs mailles spongieuses du pus infiltré.

En examinant avec soin les parties osseuses que nous avons regardées comme formées par du tissu osseux condensé, on voit vers la circonférence de l'os des plaques osseuses qui se détachent par leur coloration d'un blanc mat. Elles semblent complétement privées de vaisseaux, ont un contour net, quoique leur continuité avec les tissus voisins ne soit manifestement pas détruite. Quelques-unes de ces plaques ont près d'un centimètre d'étendue. Ajoutons qu'au niveau du point où la diaphyse du fémur est unie à l'épiphyse, il y a un léger rétrécissement, surtout marqué à la face antérieure.

M. *Danjoy* montre :

16. *a.* Un *anévrysme de la crosse de l'aorte* chez un homme de quarante-huit ans. — Entré salle Saint-Landry, le 27 novembre 1860, avec des signes d'emphysème et quelques râles sous-crépitants aux sommets en arrière. Rien au cœur.

Le 22 décembre, la dyspnée augmente tout d'un coup. Le lendemain, elle devient plus considérable, avec quelques troubles de la voix.

Le 24, dyspnée extrême, orthopnée avec menace d'asphyxie ; bruit de cornage, pâleur de la face. On pense à un œdème de la glotte survenant chez un phthisique. Cependant on ne sent pas de bourrelet.

Vésicatoire sur le cou, vomitif.

Le vomitif est pris avec grand'peine ; dans le dernier moment, la déglutition était impossible. Le malade vomit un peu de bile sans trop d'effort. Il meurt la nuit dans un accès de toux.

A l'*autopsie*, on trouve un anévrysme de la crosse aortique du côté gauche, offrant une adhérence avec la colonne vertébrale en deux points. Les os sont érodés et servent de parois à la poche anévrysmale, qui s'est rompue au point d'union de l'os et de la poche. Les nerfs pneumogastriques sont intacts; les nerfs récur-

rents sont comprimés par la tumeur. Rien au cœur ; poumon emphysémateux. Quelques tubercules au sommet.

Le foie et tous les organes sont gorgés de sang noir.

---

17. *b*. Une *dilatation des bronches* siégeant à la partie inférieure du poumon droit chez un homme de quarante-quatre ans, mort au bout de plusieurs années de maladie. — Deux bronches dilatées en caverne, pouvant contenir l'extrémité du pouce. Les bronches voisines sont indurées. Poumon consistant, élastique, non crépitant, offrant une sorte de carnification.

Cet homme avait présenté pendant la vie, à plusieurs reprises, des hémoptysies, des sueurs nocturnes et de la diarrhée.

A l'auscultation, il y avait du souffle et du râle caverneux à la partie moyenne et inférieure du thorax. Ce malade avait, en outre, une expectoration purulente opaque exhalant par moments une odeur extrêmement fétide.

---

18. M. *Laborde* présente une *atrophie du lobe cérébral gauche*. — Il remet l'observation suivante : X..., âgé de quarante-cinq ans, sans profession, couché au n° 17 de la salle Saint-André (infirmerie générale), est entré le 10 décembre 1860.

La première fois que ce malade s'est présenté dans le service pour une légère indisposition gastrique, nous avons été frappé et par l'expression de sa physionomie, et par l'existence chez lui d'une infirmité dont la nature et la forme nous ont immédiatement porté à en rechercher, autant que possible, l'origine.

Et d'abord, pour ce qui est de la physionomie, nous constatons ce qui suit : Face allongée, front très avancé, menton saillant, d'où résulte, comme un retrait, un enfoncement de la partie moyenne du visage ; tête aplatie latéralement, diamètre antéro-postérieur du crâne agrandi relativement aux conformations normales, non pas toutefois, au point d'imprimer à sa forme un caractère très insolite ; enfin, si l'on ajoute à cela l'existence d'un strabisme gauche convergent très prononcé, on comprendra facilement que ce malade fût doué d'une expression physionomique particulière, laquelle participait à la fois de l'hébétude et de l'imbécillité. Cependant

l'état réel d'imbécillité était loin d'être complet et même d'être, au fond, en rapport avec les apparences. Le malade, en effet, répond très bien aux questions qu'on lui adresse : il exprime parfaitement le motif qui l'amène à l'infirmerie, et même fournit avec une certaine assurance mnémonique quelques renseignements que nous lui demandons relativement à ses antécédents. Mais à peine franchit-on le cercle restreint de quelques souvenirs qui le concernent personnellement, qu'on s'aperçoit bien vite, à son air de stupéfaction, ce que de semblables exigences, pourtant bien simples, ont d'embarrassant pour sa compréhension bornée, et ainsi se trahit l'obtusité très notable de son intelligence. Lorsque son impuissance se trouve ainsi provoquée, on obtient de lui, pour toute réponse, un rire qui, dans son expression, possède le cachet irréfragable de l'idiotie à un certain degré.

Malgré le strabisme que nous avons déjà signalé, il voit très bien, et aucune particularité anormale ne se manifeste dans les phénomènes de la vision.

Enfin la *fonction de la parole* s'accomplirait à peu près normalement, à part l'acte intellectuel de cette fonction, si la prononciation n'était de temps en temps troublée par une espèce de *zézayement* qui paraît tenir à un serrement fréquent et involontaire de la langue entre les arcades dentaires.

A part les manifestations qui impliquent plus particulièrement le côté moral, ce malade possède, avons-nous dit, une difformité physique remarquable. Le membre supérieur droit, au lieu de présenter sa conformation habituelle, est fortement *rétracté* sur lui-même, spécialement au niveau des articulations du poignet et du coude. La contracture a lieu dans le sens de la flexion ; elle est *extrême* au poignet, c'est-à-dire que la région palmaire de la main est en contact immédiat avec la face interne de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. La contracture ne porte pas seulement sur l'articulation radio-carpienne ; elle intéresse aussi, et à un très haut degré, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, de telle sorte que ce dernier se trouve comme transporté au milieu de la région palmaire ; il en résulte que les éminences thénar et hypothénar sont en contact, et que la main est ramassée sur elle-même selon le diamètre transversal, de façon à présenter un volume bien inférieur au volume normal, en dehors même de l'atro-

phie dont nous allons bientôt parler. Le coude n'est pas aussi complétement contracturé que le poignet; mais nous verrons bientôt cette contracture augmenter progressivement à la suite d'accidents intercurrents que nous aurons à décrire.

Les mêmes phénomènes de rétraction se répètent au membre inférieur du même côté, à l'exception, toutefois, de l'articulation du genou, qui n'est pas sensiblement impliquée. En revanche, le pied est irrésistiblement fléchi au point de continuer directement la ligne verticale de la jambe. Le talon se trouve ainsi en contact immédiat avec la partie postérieure et inférieure de la jambe, et le pied bot, dit *équin*, se trouve par là réalisé, s'il est permis de le dire, dans toute sa perfection.

La *motilité* est à peu près complétement abolie dans les membres dont nous venons de décrire la conformation anormale, et, de plus, ils sont le siége, dans leur partie musculaire, d'une *atrophie considérable* qui réduit leur volume presque à celui de leur squelette. Du reste, ce volume sera mathématiquement évalué plus loin, à l'article *autopsie*. Quoique visiblement atténuée, la sensibilité, soit tactile, soit douloureuse, est conservée dans lesdits membres; mais la main est incapable de tout acte de préhension.

Rien de semblable ne s'observe sur les membres du côté opposé, si ce n'est pourtant que les deux premiers orteils du pied offrent un commencement de contracture dans le sens de l'extension. A part cela, ils présentent leur constitution et leur volume à peu près normaux. Dans la situation que nous venons de décrire, la *marche* s'effectue, chez notre malade, avec des particularités remarquables : c'est une espèce de *sautillement* sur un seul pied (le pied gauche) à l'aide d'une béquille appliquée du côté sain. On se demande à cet effet si, à cause du raccourcissement notable du membre impuissant, le pied gauche étant obligé de porter sur le sol uniquement par sa pointe, le renversement des deux orteils de celui-ci ne tiendrait pas à cette exigence consécutive. D'ailleurs, une autre interprétation de ce phénomène peut être fournie par le résultat nécropsique.

Quelle était l'origine des lésions que nous venons de passer en revue, ou tout au moins quels étaient les accidents qui avaient marqué leur avénement?... C'est là un point qu'il était intéressant d'élucider, et nous y avons consacré tous nos efforts. Si elles n'ont

pas abouti à un plein succès, nos recherches à cet endroit n'ont pas été non plus entièrement infructueuses.

L'état intellectuel du malade offrait une première difficulté : cependant, la *constance* de son témoignage peut atténuer la suspicion qu'il inspirait d'un autre côté ; *constamment*, en effet, il nous a affirmé qu'il avait toujours été tel que nous le voyions, que son infirmité datait de sa première enfance, qu'elle était survenue à la suite de *convulsions*, qu'il tenait cela de sa mère, laquelle le lui avait souvent répété.

J'ai eu la bonne fortune de voir moi-même la mère : elle n'a rien ajouté aux déclarations de son fils, en tant que détail, mais elle les a confirmées de tous points. Elle insiste sur les convulsions ayant coïncidé avec une maladie excessivement grave qui a failli emporter son fils.

Depuis cette époque, ce dernier est resté infirme ; il n'a jamais été capable d'embrasser une profession, a toujours conservé dans son caractère quelque chose de l'*enfant*, et est entré à Bicêtre dès l'âge de *vingt ans*. (Il y avait par conséquent vingt-cinq ans qu'il était dans l'établissement lorsqu'il est mort.)

Déjà, ainsi que j'ai eu occasion de le dire, il était venu plusieurs fois dans notre service pour de simples indispositions gastriques ; mais le 13 juin 1860, il se présenta à nous avec des accidents d'une autre nature : c'était le soir, et il s'est fait transporter à l'infirmerie, se plaignant de *fourmillements incommodes* le long du bras *gauche*, et dans la main du même côté. Du reste, il s'exprime clairement, ne manifeste pas d'autre symptôme, et l'examen le plus attentif ne nous fait constater aucune modification appréciable dans l'état ni les fonctions du membre incriminé.

Le lendemain matin, à la visite (14 juin 1860), l'hébétude du regard est plus accentuée que d'habitude, et lorsque nous interrogeons le malade, il fait de vains efforts pour répondre. Il balbutie quelques mots incompréhensibles, mais manifeste par des signes de tête la conservation à peu près complète de sa conscience. Un affaiblissement très notable de la myotilité existe dans les membres supérieur et inférieur gauches. Le malade se meut avec peine, et ne peut exercer avec sa main sur la nôtre qu'une pression presque insensible. La sensibilité douloureuse, interrogée par le pincement, s'y manifeste aussi à un degré inférieur au degré normal. La

langue est facilement tirée hors de la cavité buccale ; elle ne présente pas de dessiccation. Il n'y a pas non plus d'indices de fièvre. On prescrit : application de ventouses scarifiées à la nuque (400 grammes de sang) ; sinapismes ; tilleul, diète.

Le 15 au soir, la parole est revenue comme avant l'accident. On ne dirait pas que les mouvements des membres gauches ont été impliqués, bien qu'il y persiste encore un peu de faiblesse dont le malade seul a conscience. — Une portion.

Sort quelques jours après, complétement rétabli.

Plus de cinq mois se sont écoulés sans qu'il soit survenu chez le malade de nouveaux accidents. Nous l'avons souvent rencontré dans les cours de l'établissement, et n'avons pas observé de modification appréciable dans son état physique et moral.

Le 11 décembre dernier, on l'apporte à l'infirmerie dans la situation suivante : Stupidité du regard plus prononcée que jamais, d'autant plus que le strabisme est augmenté ; *impossibilité* absolue de la parole, et cependant il n'y a point perte de connaissance, car le malade manifeste clairement par des signes de tête qu'il entend et comprend ce qu'on lui dit.

Affaiblissement paralytique très marqué dans les membres du côté gauche ; toutefois l'amyosthénie n'y est point complète, car le malade peut encore *presser* sensiblement notre main, quand nous le lui commandons.

Du côté droit, la *contracture* du bras est portée à son summum au coude.

La sensibilité douloureuse est très obtuse des deux côtés.

Il n'y a pas incontinence de fèces ni d'urines.

Appliquer quatre ventouses scarifiées à la nuque (400 grammes de sang). Lavements purgatifs ; sinapismes ; bouillons.

Le 12, à la visite, il ne s'est pas produit d'amélioration sensible. L'état du malade reste à peu près le même qu'hier.

Le soir, nous constatons un progrès rapide dans le mal. Sueurs profuses ; coma au début ; toujours impossibilité de la parole, sans perte complète de la conscience.

Mort le 13, au matin.

Autopsie, vingt-huit heures après la mort.

Cadavre généralement amaigri, à part l'atrophie des membres du côté malade, dont on pourra plus facilement se faire une idée

à l'aide des mensurations suivantes. Elles sont prises au niveau du plus grand volume habituel des membres, et comparativement à celui des membres du côté sain.

	CÔTÉ ATROPHIÉ.	CÔTÉ NON ATROPHIÉ.
Bras.....	0m,14 centimètres.	0m,24 centimètres.
Avant-bras...	0m,15 —	0m,21 —
Main.....	0m,16 1/2 —	
Cuisse.....	0m,31 1/2 —	0m,37 —
Jambe.....	0m,19 —	0m,26 —

Cerveau. — Le crâne étant dénudé de son tégument, la conformation que nous avons signalée devient plus évidente, et l'on voit alors clairement que le diamètre antéro-postérieur l'emporte de beaucoup sur le diamètre latéral. La tête est comme aplatie dans ce dernier sens.

La boîte crânienne enlevée et avant l'incision de la dure-mère, on aperçoit du côté gauche comme une fluctuation au niveau de la portion moyenne du lobe cérébral, et sans que la conformation normale de celui-ci paraisse troublée. L'incision méthodique de la dure-mère pour l'enlèvement de l'organe met à découvert, du côté gauche, une espèce de foyer kystiforme rempli par un liquide séreux, jaunâtre, lequel ne laisse voir que la corne antérieure dudit lobe. Ce liquide est contenu dans de petites cavités cloisonnées par des pseudo-organisations membraneuses, qui s'étendent de la face interne de la dure-mère à l'arachnoïde viscérale. La quantité du liquide est d'environ 250 grammes; il est transparent, citrin, et en tout semblable, physiquement, au liquide de l'hydrocèle ou de l'ascite.

Le vide qu'il remplissait est constitué par une *perte de substance* considérable impliquant le tiers moyen du lobe cérébral de ce côté. Celui-ci se trouve ainsi réduit à la moitié environ de son volume, relativement au lobe droit qui paraît être normal.

Les circonvolutions manquent pour ainsi dire à cet endroit, et l'on pénètre immédiatement dans la cavité ventriculaire gauche à l'aide d'une ouverture ovalaire qui se trouve résulter comme naturellement de la perte de substance. Toutefois, cette ouverture était obstruée par les membranes méningées (arachnoïde et pie-

mère) doublées elles-mêmes de fausses membranes. Il s'ensuit que le liquide dont nous venons de parler ne pourrait pas, en réalité, pénétrer dans le ventricule, ce qui s'accorde, du reste, avec la symptomatologie. Les membranes obturatrices enlevées, on apercevait, par ladite ouverture, une partie des plexus choroïdes auxquels se trouvait appendu un petit kyste.

Cette remarquable atrophie porte particulièrement sur la circonvolution dite de la scissure de Sylvius, celle du corps strié et du plancher inférieur du ventricule. La circonvolution du corps calleux elle-même est excessivement réduite de volume, bien qu'elle soit, dans ce cas, la plus persistante.

La *cavité atrophique* est tapissée, ainsi que nous l'avons dit, par les membranes méningées doublées de pseudo-membranes.

A part la perte de substance et l'absence presque complète de *circonvolution*, c'est-à-dire la *lésion atrophique*, la substance cérébrale y conserve son aspect ordinaire. On n'y voit aucuns débris, aucune disposition qui puissent rappeler un *ancien foyer hémorrhagique*.

L'examen de la cavité ventriculaire révèle des choses intéressantes :

Tout d'abord on est frappé du petit volume de la *couche optique*, laquelle *est réduite en un noyau de la grosseur environ d'une petite noisette*. Le corps strié, également atrophié, se rapproche cependant, plus que la couche optique, du volume normal, bien qu'il se termine brusquement à sa partie postérieure. Là, en effet, le ventricule latéral se trouve comme coupé par la communication dont nous avons parlé plus haut, et il en résulte que la cavité ventriculaire *manque* ici presque complétement de son extrémité postérieure habituelle ou réfléchie. Sa cavité elle-même est excessivement amoindrie dans sa capacité.

Enfin, du même côté, la *bandelette optique*, au lieu de présenter son volume habituel et l'aspect rubané qu'on lui connaît, est réduite aux dimensions ordinaires du *nerf facial* à son origine; tandis que la bandelette du côté opposé offre à peu près des dimensions normales. En examinant de plus près la couche optique, on a grand'peine à y trouver les éléments anatomiques constitutifs, et particulièrement les parties dites *corps genouillés*. De plus, les tubercules quadrijumeaux du même côté participent en partie à

l'atrophie des circonvolutions et du centre optique. Les nerfs olfactif et de la cinquième paire, à leur origine, ne présentent pas de différence notable, quant à leur volume, de ceux du côté opposé ; et cependant la protubérance annulaire a visiblement un volume inférieur à celui qu'elle possède dans un cerveau normalement conformé.

Du reste, hâtons-nous de le dire, cette diminution de volume dans toutes les parties encéphaliques se retrouve même dans le lobe droit qui, pourtant, paraît être complétement sain, à part des traces de congestion méningienne diffuse et d'un ramollissement général de la substance. Sauf donc les atrophies remarquables qui constituent la lésion essentielle, il existe dans le cerveau de ce malade une tendance générale à la *micro-encéphalie*.

Le cervelet offre les traces non équivoques d'une légère compression de son lobe gauche, compression qui est évidemment le fait du liquide amassé au centre du lobe cérébral gauche.

Le bulbe rachidien est sain, mais petit.

L'examen histologique des muscles atrophiés nous a conduit aux résultats ordinaires d'une lésion semblable, même quand elle est primitive, à savoir : disparition plus ou moins complète de la striation, et remplacement de celle-ci par des gouttelettes graisseuses abondantes. Toutefois, il est bon de noter que la lésion est plus prononcée dans les muscles du membre supérieur que dans ceux du membre inférieur.

Plus d'une question intéressante relative surtout à la pathogénie de la lésion que nous venons de décrire se trouve soulevée par l'observation qui précède ; ces questions, nous ne pouvons que les effleurer ici :

1° L'atrophie des circonvolutions et des parties centrales est-elle *primitive?*

Et alors le liquide n'a-t-il fait que remplir les vides ?

2° Y a-t-il eu, au contraire, primitivement une hydrocéphalie partielle et une compression ayant amené consécutivement l'atrophie ?

3° S'agit-il, enfin, d'un kyste consécutif à une hémorrhagie méningée ?

Les commémoratifs, quelque incomplets qu'ils soient, donnent peu de créance à la première opinion. On comprend, en effet,

difficilement qu'un simple défaut de conformation congénitale, un arrêt de développement, une anomalie en un mot, ait pu donner lieu à des accidents aigus et très graves, tels qu'ils sont notés dans notre observation, et dont la relation nous a été transmise par la mère du malade. Au contraire, l'existence de ces accidents s'accorderait assez bien avec celle d'une hydrocéphalie avec complication du côté des méninges, auquel cas l'atrophie serait consécutive.

Quant à une hémorrhagie méningée, rien dans l'état actuel de la pièce anatomique ne saurait, ainsi que nous l'avons dit, témoigner de son existence passée.

Quoi qu'il en soit, un fait domine dans cette observation au point de vue de la lésion pure : c'est la concomitance de l'atrophie des *circonvolutions cérébrales* avec celle de la *couche optique*, fait bien important sur lequel M. le professeur Cruveilhier a déjà appelé l'attention, capable de jeter, à priori, une vive lumière sur la structure de l'encéphale, et que je m'occupe à mettre en relief pour d'autres *lésions* que l'*atrophie* simple dans un travail appuyé d'un grand nombre d'observations.

---

19. M. *Guerlain* met sous les yeux de la Société une *fracture du crâne;* il remet sur ce fait la note suivante :

Le 5 décembre est entré, salle Sainte-Marthe n° 25, un homme âgé de quarante-deux ans, garçon serrurier, trouvé sur la voie publique.

Au moment de son entrée, les seuls renseignements que j'ai pu obtenir sont les suivants :

Cet homme s'est battu et est tombé sur la tête ; il est resté sans connaissance.

On l'apporte à l'Hôtel-Dieu à dix heures un quart.

Il est sans connaissance, perd du sang par l'oreille droite; le pouls est plein, mais mou et dépressible; la peau froide, la face pâle, les yeux fermés, la respiration fréquente et anxieuse, les membres dans la résolution; décubitus dorsal.

Pas de réponses aux questions qu'on lui adresse, pas de contracture des membres; pupille gauche très resserrée, dilatation de la pupille du côté droit. Les deux pupilles sont d'ailleurs parfaitement immobiles. Vingt sangsues derrière les apophyses mastoïdes.

Mort à deux heures du matin, état comateux, pas de convulsion ni de contracture, perte considérable de sang par l'oreille.

Autopsie. — Ecchymose du muscle temporal droit, fracture du temporal de ce côté; caillot sanguin ayant 10 à 12 centimètres d'étendue et 4 centimètres d'épaisseur au centre, décollant la dure-mère et refoulant le cerveau de ce côté droit.

Dure-mère peu adhérente aux os du crâne et décollée dans une étendue considérable, correspondant d'une part au caillot sanguin qui remplit toute la fosse temporale, et décollée aussi à la base du cerveau du côté opposé au niveau du fond de la fosse temporale du côté gauche. Dans le reste du cerveau et même du cervelet, les membranes et la dure-mère sont rougeâtres, infiltrées de sang.

Au niveau de la fosse temporale gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la fracture, la base du cerveau présente dans une étendue de 6 à 7 centimètres un ramollissement très notable; la substance cérébrale est réduite en une bouillie rougeâtre que le dos du scalpel enlève facilement; plusieurs points du cervelet présentent du ramollissement. Toute la substance cérébrale offre du piqueté dans toute son étendue.

La fracture se compose de deux branches.

L'une descend perpendiculairement du point frappé, au niveau du pariétal droit, où elle commence, jusqu'au trou occipital, intéressant la base du rocher tout entière dans son trajet, descendant un peu oblique en arrière et déchire le sinus latéral droit.

L'autre branche, parallèle au grand axe du rocher, tombe sur la précédente, suivant un angle un peu aigu, et déchire l'artère sphéno-épineuse.

De telle sorte que la forme générale de cette fracture est un V, dont le sommet se prolonge jusqu'au pariétal, tandis que le cône est constitué par le rocher séparé à sa base, et formant un coin à base en bas, sommet en haut.

Estomac plein de liquide et de matières alimentaires; foie exsangue, mais sain; cœur volumineux; poumons volumineux adhérents à gauche, pas d'épanchement; rate saine; intestins, rien; la vessie et les reins n'offrent rien à noter.

20. M. *Dumont-Pallier* présente des *embolies multiples de l'artère pulmonaire*. — Une femme âgée de cinquante ans entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, le 27 novembre 1860. Elle était affectée d'une ascite et en même temps d'épanchement pleurétique du côté gauche, affections qui déterminaient chez elle une grande gêne de la respiration. Le cœur, examiné avec soin, ne paraissait pas gravement affecté; il n'y avait pas de palpitations, pas de souffle, pas de matité anormale à la région précordiale; pouls radial fréquent, sans intermittence; pouls veineux dans la jugulaire droite. Œdème des membres inférieurs.

Cette malade, dont l'état général était très mauvais, succomba cinq jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Cirrhose, dépôts granuleux sur le péritoine, cancer des deux ovaires; rien dans l'utérus; légère augmentation de volume du cœur; dilatation de l'orifice tricuspide considérable; valvule insuffisante, légèrement épaissie sur les bords libres; orifice pouvant facilement recevoir trois doigts; épaississement des parois; nombreux caillots de date ancienne dans le cœur droit, logés dans les anfractuosités musculaires du cœur, non adhérents; coloration normale de l'endocarde. Point de dilatation appréciable de l'oreillette.

Dans le cœur gauche, point d'altération notable du côté de l'oreillette ni des ventricules, si ce n'est la présence de condylomes sur le bord libre et la surface auriculaire de la valvule mitrale. Pas d'endocardite, pas de lésions de l'orifice aortique.

Les caillots fibrineux libres trouvés dans le ventricule droit conduisirent à rechercher s'il y avait des caillots pulmonaires; l'artère pulmonaire fut disséquée dans les deux poumons. A droite, quelques caillots dans les divisions de deuxième et troisième ordre; dans le lobe moyen, caillots non adhérents libres, au delà caillots fibrineux non homogènes; œdème du poumon dans les parties correspondantes. A gauche, côté de l'épanchement thoracique, nombreux caillots blancs, quelques-uns canaliculés. Ces caillots, de fibrine blanche, étaient analogues, quant à l'apparence, aux caillots libres rencontrés dans le cœur.

L'œdème du membre inférieur droit était plus marqué que à gauche; veine fémorale entièrement transformée en un cordon fibreux, depuis le trou du troisième adducteur jusqu'à l'abouche-

ment des fémorales profondes. Au-dessus de ce dernier point, épaississement des parois veineuses ; caillot fibrineux d'aspect graisseux, filiforme, adhérent par son extrémité inférieure seulement ; caillots d'organisation ancienne ; saphène interne oblitérée ; veines iliaques externe, interne, primitive et cave inférieure libres de caillots.

Du côté gauche, moins d'œdème, saphène interne libre, mais oblitération de la veine fémorale par des caillots de date ancienne entièrement fibrineux ; caillots cruoriques dans la veine fémorale profonde au niveau de leur abouchement dans la fémorale ; caillot canaliculé blanc, brisé net au niveau de l'abouchement des veines musculaires, analogue aux caillots canaliculés trouvés dans le cœur et l'artère pulmonaire; circulation libre dans les veines iliaques du côté gauche.

L'examen microscopique montra l'analogie de structure entre les trois caillots fémoraux du côté gauche, cardiaques, et ceux de l'artère pulmonaire.

M. *Ed. Labbé* fait voir un *cancer du médiastin* sur lequel il remet la note suivante :

X..., âgé de trente-deux ans, est entré à l'hôpital Beaujon le 14 mars 1860. C'est un homme fort et robuste; le début de sa maladie remonte à deux mois, époque à laquelle il reçut un coup violent dans la poitrine (choc d'un wagon ; il était conducteur du chemin de fer de l'Ouest). Il est soigné alors pour une pleurésie à droite. L'oppression, qui a été un des premiers symptômes au début, a toujours été en croissant jusqu'à ce jour.

État actuel. — Orthopnée, respiration courte et fréquente, toux et expectoration muqueuse assez abondante, peu caractéristique ; il existe encore tous les signes d'un épanchement pleurétique, occupant environ le tiers inférieur du côté droit. Dans le reste de l'étendue de la poitrine, râles sibilants et muqueux ; aux deux sommets, mêmes râles et pas de signes de tubercules, mais partout le bruit respiratoire est affaibli, même à gauche, où il n'y a pas de signes d'épanchement pleural. La parole est brève, saccadée, en proportion de la dyspnée ; mais il n'y a ni aphonie, ni raucité de la voix. Pouls fréquent, petit (presque filiforme), égal des deux

côtés ; battements du cœur réguliers, mais faibles, à peine appréciables par le palper ; bruits cardiaques bien rhythmés, mais sourds, quoique peu éloignés de l'oreille ; pas de bruits anormaux. Quelque voilés que soient les bruits du cœur à la région précordiale, on les distingue encore, à une certaine distance, du côté droit de la poitrine et en avant, « *comme s'ils étaient transmis par un corps solide* » (cette idée n'était point préconçue, car je l'exprimais en ces mêmes termes avant d'avoir encore la moindre notion de l'existence de ce corps solide) ; et pourtant la sonorité n'est pas sensiblement modifiée dans toute cette partie. La face est très légèrement cyanosée ; cependant les veines du cou, à gauche, ne sont pas très dilatées ; mais à droite, la veine jugulaire externe est très distendue, et de plus, dans la région carotidienne, du même côté, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres au-dessus de la clavicule, on sent un cordon assez dur, rénitent, douloureux à la pression. Il y a évidemment une *oblitération de la veine jugulaire interne*. Pas d'œdème.

La dyspnée devient excessive et le malade succombe le 17 mars.

Autopsie. — Le sternum est enlevé facilement ; pas d'adhérences aux parties contenues dans le médiastin ; à la partie supérieure de celui-ci, on découvre une tumeur oblongue, s'étendant obliquement, depuis environ l'insertion sternale du muscle sterno-mastoïdien droit jusqu'à la base du cœur ; elle est unie aux deux plèvres, et plus profondément à la trachée et à l'œsophage par un tissu cellulaire très lâche ; mais elle adhère plus intimement aux vaisseaux, au tronc artériel brachio-céphalique dont on parvient pourtant à la séparer ; il n'en est pas de même des troncs veineux et même de la veine cave supérieure qui sont englobés dans la tumeur, ainsi que la racine du poumon droit ; enfin, l'artère pulmonaire et la portion droite de la crosse de l'aorte sont comprimées par elle, mais on la détache facilement de ces parties. Malheureusement la tumeur a été trop rapidement enlevée et divisée en plusieurs sections, pour qu'il fût possible d'étudier la disposition des nerfs, qui devaient avoir leur part dans la compression de tous ces organes du médiastin. La masse ganglionnaire de cette région n'est pas distincte de la tumeur, elle est manifestement le siége primitif de son développement. Il n'y a pas de doute sur la nature

cancéreuse de ce produit morbide, qui présente tous les caractères du squirrhe. Toutes les veines comprises dans la tumeur ont été divisées : les parois ne sont point envahies par le cancer au delà de la tunique externe qui se confond avec lui ; et la tunique interne ne présente quelques traces d'injection que dans les portions veineuses envahies par des caillots, c'est-à-dire : 1° dans la veine cave supérieure, où flotte un caillot mou, rougeâtre extérieurement, fibrineux au centre, non adhérent aux parois et ne remplissant guère que le tiers ou le quart du calibre du vaisseau ; 2° dans le tronc brachio-céphalique droit, non complétement oblitéré par un coagulum plus dense que le premier, et adhérent seulement à une de ses parois ; 3° enfin dans la veine jugulaire interne (située tout à fait en dehors de la tumeur au-dessus d'elle) : ici l'oblitération est complète dans l'étendue de 5 à 6 centimètres, et le caillot, qui offre d'abord les mêmes caractères que celui du tronc brachio-céphalique auquel il fait suite, devient plus dense, plus adhérent jusqu'à l'origine de la thyroïdienne supérieure, au niveau de laquelle le vaisseau, sinon encore perméable, ne renferme plus qu'un coagulum mou et noirâtre, qui n'est que la terminaison de l'autre, et va en s'amincissant de plus en plus.

Pas de tubercules dans les poumons ; un peu de congestion pulmonaire ; épanchement séreux dans la plèvre droite, sans adhérences. Pas de lésions du cœur ; il y a seulement un peu de sang coagulé dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire, mais non des caillots décolorés, fibrineux.

Réflexions. — Un certain nombre de tumeurs du médiastin ont été présentées dans ces derniers temps à la Société, et, en dehors des anévrysmes de l'aorte, la plupart étaient des cancers. Il ne serait pas sans intérêt de comparer toutes ces observations entre elles, et l'on verrait que, s'il y a quelques symptômes identiques, ils sont loin de l'être dans tous les cas, ce dont rend compte, d'ailleurs, quelquefois une certaine différence aussi dans les lésions révélées par l'autopsie. Mais on ne pourrait aborder un travai aussi complexe dans les limites qui me sont imposées ici ; je me bornerai donc à mettre en parallèle les symptômes les plus saillants de l'observation de M. Mauriac (p. 151 de ce volume), sur laquelle M. Millard nous a lu un rapport si intéressant, de celles de

MM. Dieuzaide (p. 140) et Cruveilhier fils (p. 180) et de celle-ci.

D'abord, tandis que la marche de la maladie ou plutôt la cachexie avancée, l'envahissement par le cancer des masses ganglionnaires du mésentère, mais surtout du cou et des aisselles, permettaient, presque à coup sûr, à M. Grisolle de diagnostiquer d'emblée un cancer (obs. de M. Mauriac), ici, au contraire, l'absence de cachexie et de ganglions indurés ne permettait d'arriver à la notion de dégénérescence cancéreuse qu'après celle acquise d'abord du siége d'une tumeur dans le médiastin, et ensuite après l'exclusion des tubercules et de maladie inflammatoire de cette région; on pourrait même, le siége étant connu, croire à un phlegmon ou abcès plutôt qu'à un cancer, en raison des antécédents et de la coïncidence d'un coup violent dans la poitrine avec l'apparition des premiers symptômes, si les signes de suppuration (fièvre, douleur, etc.) n'avaient pas été complétement négatifs. Le signe fourni par l'engorgement et l'induration des ganglions extra-thoraciques, et sur lequel M. le professeur Grisolle insista avec tant de raison (voy. p. 159), a ses analogues dans l'observation de M. Ed. Cruveilhier, — double adénite inguinale, — et dans celle de M. Dieuzaide, — tumeur du cou s'enfonçant dans le thorax.— Mais, tandis que le premier malade (obs. de M. Mauriac) a succombé aux progrès de la cachexie, les deux autres, comme le nôtre, ont succombé à la marche croissante des accidents locaux, c'est-à-dire au milieu d'accès de suffocation.

Puisque les accidents locaux seuls pouvaient nous guider, examinons la valeur de ces signes : la *dyspnée* était modérée et l'expectoration nulle chez le malade de M. Mauriac; chez les trois autres, la dyspnée était excessive et la *toux* fréquente dans les quatre cas; il y avait aussi une respiration très *soufflante* au sommet droit en avant et en arrière. Rien ici de semblable; mais il y a une *expectoration muqueuse*, des *râles sibilants et muqueux* d'une part, et tous les symptômes d'un *épanchement pleural* d'autre part, qui n'ont ni la durée ni la marche propres à la bronchite ordinaire et à la pleurésie; de plus, la toux et la dyspnée ne sont nullement en rapport avec les autres troubles pulmonaires. Il est vrai que le sang ne devait pas affluer aux poumons en suffisante quantité, si l'on en juge d'après la *faiblesse du bruit respiratoire* et surtout la *faiblesse des battements du cœur*. Mais cet obstacle au cours du sang

n'avait certes pas sa cause dans une lésion des orifices du cœur, car il n'y avait pas d'autre altération qu'un peu de diminution dans l'intensité des bruits cardiaques. D'autre part, le *pouls* radial, aussi très petit, est égal des deux côtés (contrairement au fait de M. Mauriac) : donc, il n'y a pas plus lieu de soupçonner une compression des artères du membre supérieur droit que gauche, ni même encore une compression veineuse, car il n'y a pas d'œdème. Il n'y a non plus ni *aphonie* ni *dysphagie* (1).

Jusqu'ici on ne peut tirer qu'une conclusion de tout cet ensemble de symptômes, c'est qu'ils ne s'enchaînent pas entre eux de façon à faire saisir la relation de cause à effet ; il y a encore une inconnue à résoudre, et la clef de cette question est tout entière dans le caractère suivant : l'*oblitération de la veine* jugulaire interne. Cette oblitération avait été considérée comme une phlébite ; mais, ayant acquis la conviction que ce genre de lésion, loin d'être toujours le résultat d'une inflammation de la veine, la précède au contraire souvent (voy., dans les *Bulletins* de 1859, mon rapport *sur une oblitération de l'artère fémorale*) ; que, par conséquent, lors même qu'il existe une véritable phlébite (et elle manque souvent), il faut en chercher la cause, soit dans un état particulier du sang, soit dans l'envahissement des parois par un produit morbide, soit surtout dans la compression de la veine par quelque tumeur, je devais songer d'abord à cette dernière cause. Et, en effet, par là s'expliquaient la transmission des bruits du cœur du côté droit de la poitrine (en l'absence de déplacement du cœur), et cette dyspnée si intense, et les râles bronchiques, et l'épanchement pleural, et la faiblesse des battements du cœur et du pouls, etc., tous symptômes de compression des gros vaisseaux, des nerfs et de la racine du poumon.

Pourtant, deux symptômes manquaient : la *cyanose* et l'*œdème ;* mais la cyanose était très peu prononcée dans d'autres cas analogues (par exemple dans l'obs. Mauriac). Quant à l'œdème de la face et des membres supérieurs, il existait constamment, et sur-

(1) Ces deux symptômes n'ont été notés que dans l'observation de M. Dieuzaide. Il y avait eu avant l'aphonie de la raucité de la voix, une sorte de *cornage*. D'ailleurs, les lésions des nerfs, et entre autres du récurrent droit, trouvées à l'autopsie, en rendent parfaitement compte.

tout d'une façon permanente, dans les 19 cas d'oblitération de la veine cave supérieure que M. Oulmont a rassemblés dans son mémoire (voy. rapport de M. Millard, p. 156); il existait aussi, mais non jusqu'à la fin de la maladie, dans le fait de M. Mauriac; mais il n'est pas étonnant que l'œdème ait manqué ici, car l'autopsie nous montre que la veine cave supérieure n'était point oblitérée complétement, et que, par conséquent, le sang pouvait y revenir de la face et des membres supérieurs, sans même l'intermédiaire de la veine azygos, par les nombreuses anastomoses cervicales (par les thyroïdiennes, etc.). Toujours est-il que ce fait se rapproche beaucoup, sous le point de vue de l'oblitération veineuse, de ceux rapportés par M. Oulmont et de celui de M. Mauriac; il rentrerait dans la première division des *oblitérations par concrétion sanguine* (M. Oulmont).

Un dernier point, relatif aux nerfs du plexus pulmonaire, mérite peut-être d'attirer un instant encore l'attention, quoique l'étude anatomo-pathologique n'en ait pas été faite. On sait que Budd (voy. *Archives médicales*, mars 1860, et la citation qu'en fait M. Millard, p. 157) fait jouer à la compression et à la désorganisation de ces nerfs (qu'il appelle *nutritifs*) un grand rôle dans la production de certaines complications inflammatoires pulmonaires. Sans doute, il est contestable que cela puisse expliquer des lésions aussi avancées que celles des trois malades dont il rapporte l'histoire; toutefois, chez le sujet de notre observation, ne peut-on pas attribuer la sécrétion bronchique, les râles, etc., à ces troubles nerveux du plexus pulmonaire comprimé, sinon plus altéré?

Enfin cette observation démontrerait une fois de plus, s'il en était besoin, que le cancer du médiastin peut être primitif.

TUMEUR DU SEIN OPÉRÉE. — TUMEUR CANCÉREUSE DE L'AISSELLE DROITE. — CANCER DU COL DU FÉMUR DES DEUX CÔTÉS. — FRACTURE DOUBLE DU COL DU FÉMUR. — Observation par M. ROCHÉ, interne des hôpitaux.

Le 20 juin 1860 est entrée à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 8, B..... (Marie-Thérèse), âgée de quarante et un ans. Constitution débile; sa mère est morte à cinquante ans d'une

tumeur abdominale; elle était très maigre, avait le ventre gros et les jambes enflées. Sans avoir jamais éprouvé de fortes maladies, Marie B..... avait toujours eu une fort mauvaise santé. Toujours mal réglée, elle avait eu fréquemment des pertes blanches; elle a toujours été menstruée, mais peu abondamment et très irrégulièrement. Elle s'est toujours plainte de maux d'estomac, de névralgies, de maux de tête.

Il y a deux ans environ, elle ressentit dans le sein droit, à droite du mamelon, une douleur assez vive qu'elle attribua à un coup. Cette douleur, d'abord passagère, devint presque constante, et bientôt en y portant la main elle reconnut une tumeur du volume d'un pois. Cette tumeur resta longtemps stationnaire, ou n'augmenta que fort peu d'abord; mais, dans les derniers mois de l'année dernière, elle la vit s'accroître d'une façon sensible, atteindre le volume d'un petit œuf de poule, et comme la douleur était aussi devenue plus forte, elle s'adressa à un chirurgien, qui lui proposa une opération. La tumeur était-elle adhérente à la peau? y avait-il des ganglions axillaires engorgés? nous n'avons pu le savoir exactement de la malade. Ce qui est certain, c'est qu'il n'y avait pas d'ulcération. La tumeur fut enlevée dans le mois de novembre 1859 à l'aide des caustiques. Tout alla bien d'abord, mais un des points de la cicatrice ne tarda pas à s'indurer. Les douleurs revinrent, et le 20 juin la malade se présenta à l'hôpital Cochin.

Le sein droit est très aplati et beaucoup moins volumineux que le gauche; il est attiré en dehors, et voisin du creux axillaire. A 2 centimètres environ de l'aréole, on remarque une petite tumeur arrondie du volume d'une pièce de 2 francs environ. Cette tumeur est recouverte d'une croûte noirâtre, et offre une surface plate proéminant au-dessus de la peau de quelques centimètres; elle est très dure, mais au-dessous d'elle on sent une induration beaucoup plus large que la surface proéminente; on voit s'y rendre plusieurs brides fibreuses qui partent de l'aisselle et s'y terminent. Dans le creux de l'aisselle, on sent deux petits ganglions indurés. Les mouvements d'abduction, de rotation et d'élévation du bras sont très restreints. Les douleurs sont vives, lancinantes, presque continuelles. La malade se plaint de douleurs de ventre assez fortes, et est habituellement constipée. L'examen du ventre ne fait rien découvrir d'anormal. L'état général est peu satisfai-

sant : la malade est très amaigrie ; elle est d'une faiblesse extrême ; la teinte de son visage est tout à fait cachectique ; elle a souvent des accès de fièvre, elle se soutient à peine sur ses jambes, elle dort fort peu la nuit.

25 *juin*. — Un des points de la croûte qui recouvre la tumeur s'est ulcéré, et laisse suinter une sérosité roussâtre ; la région axillaire est extrêmement douloureuse à la pression. La malade ne se plaint plus du ventre ; elle se sent plus forte, et se lève quelques heures pendant le jour.

7 *juillet*. — La tumeur semble avoir augmenté un peu de volume, les ganglions axillaires également ; la première semble avoir une telle connexité avec les organes voisins qu'on repousse toute idée d'opération, et qu'on conseille à la malade de sortir de l'hôpital en attendant un moment plus favorable.

21 *juillet*. — La malade a retardé de jour en jour son départ. Aujourd'hui il lui est impossible du sortir du lit ; elle se plaint d'une douleur très vive dans la cuisse droite, au niveau du pli de l'aine ; le palper augmente ses douleurs, et elle peut à peine remuer le membre affecté. (Cataplasmes laudanisés sur le point douloureux.)

23 *juillet*. — La douleur de l'aine a considérablement augmenté ; la malade désigne comme point de ses plus vives souffrances un endroit situé un peu en dehors de l'artère fémorale. On y sent plusieurs ganglions engorgés. La douleur retentit aussi tout le long de la cuisse jusqu'au voisinage du genou. Tout le membre inférieur est œdématié. Cette tuméfaction, peu considérable, assez résistante, ressemble plutôt à l'œdème de la *phlegmatia alba dolens* qu'à celui de l'anasarque. La malade se plaint aussi du ventre. La douleur siége dans les deux fosses iliaques, mais plus à droite qu'à gauche. Pas de tumeur ni de rénitence au palper, rien au toucher vaginal.

Le 25 *juillet*, l'œdème est un peu moins fort, mais la douleur de l'aine droite persiste. Dans l'aine gauche, la malade éprouve aussi quelques douleurs. La tumeur du sein et celle de l'aisselle n'ont fait aucun progrès.

Le 1er *août*, l'œdème du membre inférieur droit a disparu complétement ; mais la douleur n'a pas cessé du côté droit comme du côté gauche ; elle part de l'aine, de là retentit dans toute la cuisse,

et surtout dans le ventre. Les phénomènes sont un peu moins marqués à gauche qu'à droite ; la malade ne cesse pas de se plaindre, ses forces diminuent. Pendant tout le mois d'août l'état est resté à peu près stationnaire.

Le 3 *septembre*, les cuisses n'exécutent plus aucun mouvement, on a peine à soulever la malade sur son lit pour la changer ; le moindre attouchement lui est douloureux ; depuis quelques jours elle est prise d'une diarrhée intense que rien ne diminue.

Le 10, pouls accéléré, petit, inégal ; les souffrances sont très vives, la malade pousse des cris toute la journée, et il lui est impossible de dormir. C'est surtout dans les deux cuisses que la douleur se fait sentir. En palpant avec soin le pli de l'aine gauche, on sent dans le voisinage de l'articulation fémorale une tuméfaction assez grande, une tumeur dure, immobile sous les téguments. Faut-il l'attribuer à une affection du fémur ou à une masse ganglionnaire dégénérée ? A droite, rien de semblable ; et pourtant la douleur est aussi vive dans un point que dans l'autre, et les cuisses sont toujours dans un état complet d'immobilité.

Le 15, délire presque continuel, diarrhée incoercible, état de marasme très prononcé. On remarque que la pointe du pied est fortement tournée en dehors et que la cuisse a suivi le même mouvement. Il est impossible de la ramener dans sa position normale, qu'elle avait toujours occupée jusqu'ici. L'état général va toujours en s'aggravant ; le pouls devient insensible, le délire ne cesse plus ; les derniers jours de septembre, la malade ne semble plus souffrir. Elle meurt le 2 octobre.

Autopsie le 4 octobre. — Les deux poumons sont fortement congestionnés à leur partie postérieure, le droit surtout dans son lobe inférieur. Toutefois il ne va pas au fond de l'eau. Quelques adhérences pleurétiques anciennes ; le foie, la rate, les reins, le cerveau, sont sains.

La tumeur du sein est enlevée et disséquée. Au-dessous de la croûte noirâtre que nous avons signalée, tumeur arrondie, globuleuse à sa partie inférieure, un peu mamelonnée, s'énucléant assez facilement. La partie sous-jacente à la croûte est d'un rouge lie de vin, de consistance assez molle ; plus profondément le tissu est plus ferme, d'un jaune pâle analogue à celui de l'encéphaloïde dans sa période de crudité. La peau adhère autour de la cicatrice an-

cienne; dans les autres points, elle n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur. Dans le tissu cellulaire du creux de l'aisselle, on trouve deux ganglions du volume d'une grosse noisette; à la coupe, le tissu est analogue à celui de la tumeur.

Les deux fémurs ont offert les lésions suivantes. *Fémur droit:* Au niveau du col, tumeur longue de 8 centimètres, proéminente et l'englobant en totalité, de même que les trochanters. En avant, elle va jusqu'à la tête de l'os; en arrière, elle n'atteint que la moitié du col. Sa limite externe, antérieurement comme postérieurement, semble être la diaphyse de l'os. A la partie antérieure, la tumeur est complétement indépendante des muscles et s'énuclée facilement. Elle est située sous le périoste que l'on peut détacher sans peine. En arrière, elle envoie des prolongements dans les nombreuses masses musculaires qui s'insèrent à la partie supérieure du fémur; elle est très mal limitée. L'artère et la veine fémorale sont à une certaine distance de la tumeur et semblent ne pas avoir été comprimées par elles. Extérieurement, la couleur de la tumeur est d'un blanc rosé; par places, on trouve quelques points violacés, mais aucun ne semble ramolli, et la consistance est en général assez ferme. Lorsque l'os a été détaché des parties molles, on a pu reconnaître nettement une mobilité anormale entre la tête et le col du fémur. A la coupe, la fracture est encore plus distincte. Elle siége entre le col et les trochanters; elle est incomplète; mais dans le point où les deux fragments d'os tiennent encore l'un à l'autre, la réunion a lieu par un tissu assez dense et dégénéré.

La coupe fait voir, en outre, les changements qui se sont effectués dans l'os. Près de la tête, en avant, le tissu osseux est remplacé presque complétement par une matière jaunâtre, ressemblant assez, pour l'aspect, au suif déjà un peu ancien. Au milieu de ce tissu, on trouve çà et là quelques fragments osseux. Au même niveau, à la partie postérieure, le col du fémur semble avoir subi peu de dégénérescence. Puis le tissu spongieux se fait voir de nouveau presque intact pour disparaître au niveau de la fracture. Les trochanters sont envahis, déformés, méconnaissables. A la diaphyse de l'os, là où commence le canal médullaire, les parties dégénérées s'arrêtent brusquement. La moelle, d'un rouge lie de vin, le tissu osseux, semblent intacts.

Fémur gauche. — La tumeur, qui offre la même couleur, la même consistance que la précédente, est plus volumineuse; elle présente assez bien la forme d'une pyramide triangulaire à sommet inférieur; sa longueur est de 13 centimètres, sa largeur de 10, son épaisseur de 9. Le col du fémur a complétement disparu, et la tumeur, envahissant la capsule articulaire, s'appuie en dehors sur le sourcil cotyloïdien. Le col, les trochanters, l'origine du corps du fémur, sont confondus dans une seule masse qui, dans un grand nombre de points, envoie des prolongements entre les fibres musculaires voisines. Le col du fémur est fracturé à son union avec la tête, presque circulairement; toutefois, en arrière, on trouve un pédicule osseux assez long qui se perd au milieu de la masse dégénérée. Une deuxième fracture, tout à fait semblable à celle que nous avons décrite dans le fémur droit, existe à l'origine du corps de l'os. A la coupe, on ne trouve plus trace du tissu spongieux. A peine çà et là quelques petits fragments osseux contre lesquels vient frapper le scalpel. L'aspect des parties dégénérées est analogue à celui de l'autre tumeur. Comme à droite, la moelle et la diaphyse semblent intactes. Nous avons examiné la colonne vertébrale, un grand nombre de ganglions, et nulle part nous n'avons trouvé de dégénérescence.

RAMOLLISSEMENT AIGU D'UNE PARTIE DE LA PROTUBÉRANCE SITUÉE DANS LA MOITIÉ GAUCHE DE CET ORGANE. — ANCIENS FOYERS HÉMORRHAGIQUES DU CORPS STRIÉ DROIT, DE LA COUCHE OPTIQUE GAUCHE ET DU CORPS STRIÉ GAUCHE. — Observation par M. MARTINEAU, interne des hôpitaux.

Le nommé X... entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle, service de M. le docteur Hillairet, le 3 décembre 1860, pour se faire traiter d'une affection dont il est atteint depuis longtemps déjà.

Le malade ne pouvant s'expliquer facilement, sa femme nous donne les renseignements suivants sur le début et la marche de la maladie de son mari.

Vers le mois de juillet 1858, le nommé X... contracta des chancres pour lesquels il fut soigné par M. le docteur Ricord

(pommade pour les chancres ; une, puis deux pilules par jour, probablement de proto iodure). Six semaines après l'apparition des chancres, qui sont complétement cicatrisés au bout de quinze jours, des taches rouges cuivrées apparaissent et couvrent presque toute la surface du corps. Six mois après, le malade, nous dit la femme, est pris d'attaque rhumatismale, de violentes douleurs se font sentir dans les articulations du genou. Elle n'est pas très explicite sur la forme et la durée de la maladie, de telle sorte qu'il est très probable que le malade a été en proie, pendant un certain temps, à ces douleurs ostéocopes de nature particulière, qui se montrent dans le cours de la syphilis. Quoi qu'il en soit, ces douleurs disparaissent au bout de cinq semaines à deux mois.

Dans le courant d'août de l'année 1859, une nouvelle affection survient. Le malade, après avoir fait de nombreuses courses dans la matinée, se met au soleil, dans le jardin, pour déjeuner. Au bout d'un certain moment, sa femme s'aperçoit qu'il ne peut plus prendre son verre de la main gauche, et quand, après avoir fini son repas, il veut rentrer dans la maison, on est obligé de le porter, la marche étant devenue impossible.

La connaissance reste conservée ; le malade n'éprouve ni céphalalgie, ni convulsions ; de même pas de vomissements.

Un médecin homœopathe est appelé et lui donne de la noix vomique.

Au bout de dix à douze jours, la paralysie disparaît un peu, et le malade peut marcher avec des béquilles, aller en voiture ; il peut enfin se livrer de nouveau à ses occupations.

Dans le courant de janvier de l'année 1860, le sieur X... est pris tout à coup de vomissements, que sa femme rapporte à une indigestion. Mais en même temps qu'il est pris de vomissements, il perd connaissance, et reste ainsi pendant six à huit jours. Au bout de ce temps il revient à lui, mais on s'aperçoit que la paralysie est beaucoup plus forte ; elle se montre de nouveau dans la moitié gauche du corps ; la marche devient impossible, une constipation opiniâtre se déclare ; les vomissements ne reviennent plus. Cet état du malade persistant, on se décide à le faire entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il est admis le 3 décembre 1860.

A son entrée, on constate une hémiplégie de toute la moitié gauche du corps, avec paralysie de la face du côté correspondant.

La paralysie du mouvement est complète, le malade ne peut exécuter aucun mouvement dans cette partie du corps. La moitié gauche de la face est paralysée, la commissure labiale de ce côté est fortement abaissée, la joue est tombante, se laisse facilement distendre pendant l'expiration; il fume la pipe. Les paupières sont normales, jouissent de tout leur mouvement. La pupille gauche est un peu dilatée. En même temps, on observe dans les membres paralysés, surtout dans le membre supérieur, une contracture très prononcée. L'avant-bras est fortement fléchi sur le bras, les doigts fléchis vers la paume de la main. On a de la peine à ramener ces parties dans l'extension; du reste, pas de convulsions, ni de fourmillements.

La langue n'est pas déviée, pourtant le malade s'exprime très difficilement et a beaucoup de peine à se faire comprendre. La sensibilité n'est pas complétement perdue, suivant les diverses parties du corps privées du mouvement; ainsi complétement perdue dans le membre inférieur gauche, le malade reste insensible à toute action faite dans le but de réveiller cette sensibilité; elle persiste incomplétement dans le membre supérieur; il accuse de la douleur quand on le pince trop fortement ou qu'on enfonce trop profondément une épingle. A la face, la sensibilité est conservée dans toutes ses formes.

Langue un peu large, recouverte d'un enduit saburral très prononcé. Constipation opiniâtre; le malade n'est pas allé à la selle depuis dix jours. Les urines sont normales. Pas d'incontinence ni de rétention.

La respiration est saccadée, se fait difficilement. On nous dit que le malade est atteint depuis très longtemps d'un catarrhe avec accès d'étouffements parfois dans la nuit. La percussion de la cavité thoracique est normale; peut-être est-elle un peu exagérée en arrière, des deux côtés, surtout au sommet. A l'auscultation l'oreille perçoit une quantité prodigieuse de râles muqueux, ronflants, disséminés dans toute la hauteur des deux poumons.

Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal, dans la verticale du mamelon, un peu en dehors de cette verticale. On ne peut en percevoir les bruits, vu la fréquence de la respiration et l'abondance des râles.

Le pouls est large, développé, résistant, bondissant, 80 pulsations.

La paroi artérielle est épaissie.

Pas de céphalalgie ni de douleurs dans les autres parties du corps.

Sur les côtés du frein, on trouve des deux côtés deux cicatrices blanchâtres, indurées, traces d'anciens chancres. Ganglions de l'aine non indurés. Pas de taches sur la peau.

Le malade, avant d'avoir contracté la vérole, n'a jamais fait de maladies graves. Marié à l'âge de vingt-huit ans, il a deux enfants qui jouissent d'une excellente santé.

M. Hillairet lui donne le traitement suivant : Mauve, 2 pots; 1gr,50 de poudre d'ipéca avec 30 grammes de sirop d'ipéca; une portion.

Le 4 *décembre*, le malade a eu un seul vomissement et pas de garderobe; même état du reste.

On le soumet au traitement par le calomel, 25 centigrammes en dix paquets d'heure en heure.

Le 5, une seule selle solide. Même état. 50 centigrammes de calomel en dix paquets.

Le 6, selles excessivement nombreuses, liquides, dans la matinée.

La contracture est moins prononcée dans le membre supérieur, on peut plus facilement ramener l'avant-bras dans l'extension.

La flexion des doigts s'exécute mieux; le malade peut serrer un peu la main, mais l'extension est impossible. On supprime le calomel.

Le 7, les selles ont continué d'être aussi nombreuses, durent toute la journée et toute la nuit.

Pouls large, développé, à 100 pulsations; peau chaude, sèche respiration fréquente, courte, 42 inspirations par minute, bruyante. La percussion de la poitrine, *en avant* et des deux côtés, est normale. L'auscultation permet d'entendre un mélange de rhonchus et de râles muqueux abondants; la respiration est un peu soufflante à la base et à droite.

En arrière, la percussion accuse une résonnance exagérée au sommet, dans les fosses sus-épineuses; à l'auscultation on entend quelques bulles de râles muqueux, ronflants.

Crachats épais, jaunâtres, adhérents au vase.

Langue humide sur les bords, tendant à devenir sèche, noire sur le milieu.

Pupilles contractées.

Pour traitement : Eau de riz, sirop de coings, lavement amidonné, diascordium, 2 grammes; potion gommeuse avec 4 grammes d'extrait de quinquina; limonade vineuse; 2 bouillons, 2 potages.

Dans la journée, le malade est pris de sueurs abondantes; les boissons ont de la peine à être avalées. La respiration s'embarrasse de plus en plus, devient stertoreuse; râle trachéal. Le malade va s'affaiblissant de plus en plus et succombe dans la nuit, conservant sa connaissance jusqu'au dernier moment.

Autopsie le 9 décembre. — Le cerveau présente un volume normal. Les veines sont très volumineuses, gorgées d'un sang noirâtre, liquide. La dure-mère est finement injectée, d'une couleur rosée, arborescente à sa face interne, pourtant elle s'enlève facilement. Les autres membranes sont fortement injectées, épaissies, très adhérentes entre elles, surtout au niveau de la partie antérieure des deux hémisphères. En effet, à ce niveau il existe une adhérence très forte entre les deux hémisphères, et l'on est obligé de disséquer avec beaucoup de précaution pour pouvoir séparer ces deux parties du reste; les membranes s'enlèvent facilement sans entraîner de substance cérébrale. Celle-ci présente une consistance anormale, les circonvolutions sont un peu aplaties à leur surface. La substance grise paraît plus colorée qu'à l'état normal. Les vaisseaux cérébraux artériels sont remplis de plaques athéromateuses; cette altération se rencontre même dans les vaisseaux d'un très petit diamètre, quelques-unes sont oblitérées et complétement exsangues ; à la coupe, la substance cérébrale est généralement injectée, présente un piqueté sablé très manifeste.

Hémisphère droit. — La membrane ventriculaire est épaissie, se dissèque facilement. La cavité ventriculaire est considérablement augmentée de volume; on trouve même dans son intérieur une assez grande quantité de sérosité.

Le noyau extra-ventriculaire du corps strié contient dans sa partie postérieure un ancien *foyer hémorrhagique* du volume d'un gros pois, de coloration brunâtre, assez consistant, manifestement

enkysté, car on peut enlever une membrane épaisse contenant des vaisseaux.

La couche optique est saine, ainsi que le corps calleux.

Hémisphère gauche. — La membrane ventriculaire est de même épaissie, moins cependant que la droite. La cavité ventriculaire présente un volume un peu plus grand qu'à l'état normal.

Dans le corps strié, dans son noyau extra-ventriculaire, on trouve cinq ou six points gros comme la tête d'une épingle, de coloration brunâtre, de consistance molle presque liquide : on dirait que le sang est intimement mélangé à la pulpe cérébrale; on ne trouve, du reste, aucune membrane d'enkystement.

La couche optique présente, vers sa partie postérieure, un *foyer hémorrhagique* ancien, gros comme une lentille, enkysté, tapissé par une membrane assez épaisse, organisée. La cavité présente une coloration jaune brunâtre assez manifeste; la consistance est assez grande.

La substance cérébrale autour de ce foyer est normale.

Les pédoncules cérébraux sont sains.

La protubérance présente dans sa moitié gauche, se prolongeant un peu vers la ligne médiane, au niveau de l'étage supérieur et moyen, dans sa partie antérieure, un *foyer de ramollissement aigu*, large comme une lentille. La partie ramollie est finement injectée, rosée, striée de vaisseaux; la pulpe cérébrale s'enlève facilement, et disparaît sous un filet d'eau; elle est complétement entourée d'une membrane celluleuse très manifeste. La substance cérébrale entourant ce foyer est saine.

Le bulbe rachidien, ainsi que le cervelet, sont exempts de toute altération.

Organes thoraciques. — Le péricarde est épaissi, ses deux feuillets sont très adhérents entre eux, de telle sorte que la cavité péricardique a complétement disparu; par suite de cette adhérence, on peut dépouiller le cœur de sa membrane séreuse, et mettre ainsi à nu les fibres charnues de cet organe.

Le cœur est très volumineux, très hypertrophié : cette hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche; mais en même temps que les parois sont très épaissies, la cavité ventriculaire a augmenté de volume. La membrane séreuse, l'endocarde, sont épaissis, d'une coloration blanchâtre nacrée, plus accusée surtout

au niveau de l'orifice aortique. En outre, on trouve sur les valvules sigmoïdes des plaques athéromateuses assez épaisses, presque ossifiées. Ces plaques se rencontrent de même à la surface interne de l'aorte; mais là elles ne sont pas aussi avancées dans leur évolution; on en trouve de graisseuses, et quelques-unes sont ulcérées.

Les valvules sigmoïdes sont suffisantes, ainsi que l'orifice mitral.

Le ventricule droit est un peu augmenté de volume; ses parois sont plus épaisses que dans l'état normal. Sa cavité contient des caillots non adhérents, libres, plus ou moins volumineux. Un de ces caillots, plus volumineux que les autres, se prolonge dans l'artère pulmonaire; on peut le suivre assez loin dans les ramifications de cette artère. Ce caillot est libre dans l'intérieur du vaisseau, et permet, au moins dans les plus grosses branches, la circulation du sang. Sa coloration, d'abord blanchâtre, devient de plus en plus foncée à mesure que l'on s'avance vers les dernières ramifications.

Le poumon droit, dans la branche pulmonaire duquel on a trouvé le caillot sanguin, est fortement congestionné; sa coloration est presque noirâtre; nulle part on ne trouve de sang épanché. La consistance du tissu pulmonaire est d'ailleurs normale.

De même dans le poumon gauche. La coloration noirâtre est moins prononcée.

La muqueuse bronchique est épaissie, finement injectée à sa surface. La cavité des tuyaux bronchiques contient des mucosités épaisses, filantes.

Le foie est normal. La vésicule biliaire contient dix calculs de volume variable; un de ces calculs présente une forme hexagonale très manifeste, et son volume est celui d'une grosse châtaigne. La couleur de ces calculs est assez particulière; en effet, elle est d'un noir ardoisé assez foncé.

Les reins sont assez volumineux; leur substance ne paraît nullement altérée; pourtant, dans le gauche, on voit une ou deux pyramides de Malpighi qui ont disparu; en outre, on trouve à sa surface deux kystes séreux du volume d'un œuf de pigeon, produisant une assez forte dépression dans la substance, de telle sorte qu'ils semblent s'être développés entre la capsule et la substance rénale. — La rate ne présente rien de particulier.

TUMEUR DE LA RÉGION PAROTIDIENNE SIMULANT L'ENCHONDROME. — Observation par M. PAMARD, interne des hôpitaux.

M. B... est un homme robuste, d'un tempérament sanguin; il est âgé de quarante-sept ans et a toujours joui d'une bonne santé.

Il a vu apparaître il y a dix-huit ans, un peu au-dessous du lobule de l'oreille, une tumeur dure, mobile, et qui avait à peu près le volume d'une lentille. Depuis lors, cette tumeur a suivi lentement sa marche croissante, et elle a atteint actuellement le volume d'une très grosse noix. Elle s'est développée sans occasionner de douleurs; seulement, depuis trois ans, le malade a remarqué qu'elle devenait sensible sous l'influence du froid. Du reste, pendant tout ce long espace de temps, et actuellement encore, la palpation et la pression ne faisaient éprouver aucune douleur.

Cette tumeur est située immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille, qui est soulevé par sa portion supérieure; de là elle s'étend directement en bas, en suivant la direction du sillon parotidien, au niveau de l'angle de la mâchoire. Elle fait une saillie très considérable sous la peau, qui a conservé sa mobilité et son aspect normal. Elle a la forme d'un ovoïde, dont le grand diamètre serait vertical; elle est dure, élastique, inégale; elle présente des bosselures dures, résistantes, qui donnent sous le doigt la sensation d'un corps cartilagineux, sensation que M. Richet comparerait volontiers à celle que donnent les corps fibreux de l'utérus. Elle est, du reste, assez mobile sur les parties sous-jacentes.

Le 15 novembre, M. Richet procède à l'ablation de la tumeur. Il fait une incision verticale partant du lobule de l'oreille et suivant la tumeur dans tout son grand diamètre, puis il fend avec des ciseaux toute la base du lobule de l'oreille; il a ainsi une incision en forme d'Y, qui comprend la peau et l'aponévrose superficielle. Il dissèque ensuite les deux lambeaux, en ayant soin de commencer par le lambeau inférieur. Cela fait, il procède à l'énucléation, qui ne présente pas de difficultés, et qui est faite partie avec le bistouri, partie avec une spatule. L'opération fut assez simple; la tumeur ne présentait pas de pédicule s'enfonçant dans le creux parotidien; cependant, la membrane qui lui sert d'enveloppe semblait unie par quelques tractus fibreux à la partie superficielle de la glande, dont on pouvait facilement apercevoir les acini. Deux ar-

tères d'un médiocre calibre furent ouvertes et liées sans avoir laissé écouler une quantité notable de sang. Du reste, on n'aperçoit pendant l'opération ni le nerf facial ni les gros vaisseaux.

La tumeur enlevée présente les caractères suivants : elle a une forme ovoïde à peu près parfaite ; son volume est celui d'un petit œuf de poule ; elle est entièrement enveloppée par une membrane cellulo-fibreuse ; elle est dure, élastique, et l'on retrouve à sa superficie les noyaux que nous avons signalés plus haut.

On la fend suivant son grand diamètre, et l'on rencontre deux surfaces lisses d'un gris blanchâtre, rappelant assez parfaitement à l'œil la coupe de la tumeur adénoïde du sein. Mais on y trouve, en outre, des traînées d'un blanc nacré, et, vers la partie superficielle, une portion de 1 ou 2 millimètres d'épaisseur, légèrement ramollie, et où le tissu a pris une teinte rougeâtre. On fend deux des points durs, et l'on y constate la présence du tissu blanc nacré, qui rappelle tout à fait l'aspect du cartilage.

Le diagnostic clinique avait été : enchondrome de la région parotidienne. L'examen de la tumeur semblait confirmer entièrement ce diagnostic ; le microscope est venu nous détromper.

MM. Robin et Verneuil, qui ont examiné la pièce, y ont trouvé :

Des culs-de-sac glandulaires avec des cellules épithéliales dans une trame fibreuse très compacte. D'où nous pouvons conclure que nous avions affaire à une hypertrophie glandulaire, avec prédominance de l'élément fibreux.

Rapport sur l'observation précédente, par M. Dolbeau.

Il s'agit d'une tumeur de la région parotidienne, sujet plein d'actualité, et auquel se rattachent bien des questions qui, de tout temps, ont dû exciter l'attention des chirurgiens. Vous avez tous présentes ces célèbres discussions sur l'ablation possible ou impossible de la glande parotide en totalité, avec conservation des organes importants de la région. Vous verrez bientôt que l'étude anatomique des tumeurs nous apportera des éléments très utiles à la solution du problème.

Dans ces dernières années, on a parfaitement distingué une variété de tumeur parotidienne qui a été désignée sous le nom

d'enchondrome. Les caractères propres à cette maladie ont été très bien précisés, et le diagnostic est arrivé à un tel degré de simplicité, qu'on peut dire qu'il est devenu élémentaire. Ces caractères cliniques peuvent être ainsi résumés : tumeur d'un volume variable, d'une densité assez ferme mais élastique; tumeur qui se compose de plusieurs mamelons, auxquels se superposent de petits tubercules durs et fermes ; enfin, tumeur dont la marche est extrêmement lente et ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux; affection purement locale qui n'a aucun retentissement sur la santé générale.

Tous ces signes, vous les trouvez réunis dans l'observation de M. Pamard : en effet, son malade, d'une très bonne constitution, portait sa tumeur depuis dix-huit ans ; elle était indolente, dure et notablement bosselée. Le diagnostic avait été unanimement porté, on n'avait pas hésité à déclarer qu'il s'agissait là d'un enchondrome. Sa pièce vous a été présentée, et il faut déclarer que la coupe de la tumeur ne rappelait nullement l'aspect du cartilage; j'affirmai, cependant, qu'il devait y avoir des cellules de cartilage reconnaissables par l'inspection microscopique. En effet, l'expérience nous a appris que, dans les enchondromes anciens, des modifications profondes peuvent avoir pour résultat de changer l'aspect de la tumeur sans en altérer la composition anatomique. Cependant, l'inspection microscopique, faite par M. Robin, nous a démontré que la tumeur présentée par M. Pamard était tout autre chose qu'une tumeur cartilagineuse.

Ainsi donc, et il faut le déclarer hautement, erreur clinique et anatomique dans le diagnostic du produit pathologique. Loin de nous troubler, cette erreur doit nous servir d'enseignement : les signes cliniques de l'enchondrome parotidien sont insuffisants pour le différencier d'avec une autre affection qui peut le simuler. Ce n'est pas la première fois que semblable méprise a été commise : sur un malade opéré à l'Hôtel-Dieu par M. Verneuil en 1858, nous avons, M. Trélat et moi, diagnostiqué un enchondrome, et l'opération n'a pas justifié notre manière de voir. Dans un des derniers concours pour les hôpitaux, un des malades, servant de sujet de leçon, portait une tumeur parotidienne dont l'origine remontait à vingt-sept ans, je crois ; M. Nélaton avait formulé le diagnostic enchodrome, l'opération ne lui a pas donné raison. Je

pourrais encore vous mentionner plusieurs faits analogues, mais ceux qui précèdent me semblent suffisants pour vous démontrer que l'erreur est possible même de la part de personnes très exercées dans la clinique.

Je puis résumer ce point de la question en disant qu'il y a, dans la région parotidienne, des tumeurs qui peuvent présenter tous les signes cliniques de l'enchondrome sans cependant renfermer les éléments propres au tissu cartilagineux. Quelle était donc la composition anatomique de la tumeur qui vous a été remise par M. Pamard ?

Ce produit était formé de deux parties : 1° une trame fibreuse, très dense, constituant une bonne moitié de la tumeur, et dont la disposition était très remarquable ; 2° des culs-de-sac glandulaires remplis par une grande quantité de cellules épithéliales.

On a trouvé la même structure pour les différentes tumeurs dont je vous ai parlé il n'y a qu'un instant ; nous la retrouvons encore pour une autre tumeur qui provenait du service de M. Robert, et qui vous a été présentée en 1856. L'existence des éléments glandulaires a fait penser qu'on pouvait ranger ces maladies dans la classe des hypertrophies de la parotide. Cependant on ne trouve pas l'épithélium nucléaire propre aux hypertrophies, les culs-de-sac sont loin de présenter la forme si régulière et vraiment caractéristique de ces mêmes hypertrophies. On trouve seulement un épithélium mince, lamelleux, formant comme des écailles ; enfin, ce n'est que par hasard si l'on rencontre des lambeaux mal circonscrits, des culs-de-sac glandulaires. Ces tumeurs ont une constitution spéciale, et si l'on veut leur donner le nom d'hypertrophie, il faut absolument les ranger dans une classe à part ; ce sont des hypertrophies qui ne ressemblent en rien, sous le rapport anatomique, à cette hypertrophie caractérisée par l'hypergénèse des éléments et par l'augmentation de volume de ces mêmes éléments.

M. Pamard range sa tumeur au nombre des hypertrophies de la parotide.

Dans un mémoire sur l'enchondrome parotidien, j'avais déjà fait remarquer que certaines tumeurs de la région ont des caractères cliniques extrêmement nets, mais déjà aussi j'avais constaté que le cartilage faisait défaut dans un certain nombre de cas.

Fallait-il faire de ces dernières tumeurs une classe à part, ou bien les réunir aux autres? c'est ce dernier parti que j'ai pris, tout en déclarant que le nom d'enchondrome n'était pas un terme absolument irréprochable. On pourrait, disais-je à cette époque, englober toutes ces productions sous le nom général de tumeurs bénignes de la région parotidienne ; mais c'était peut-être trop préjuger de l'avenir, c'était peut-être une erreur annexée à l'article pronostic de certaines affections. Aujourd'hui, quoique plus habitué, je ne puis me prononcer sur une question aussi intéressante ; mais, plus que jamais, j'ai la tendance à isoler ces deux sortes de maladies dont l'expression clinique présente tant d'analogies. Un point important, et sur lequel j'appelle toute votre attention, c'est le degré de curabilité que présenteront les tumeurs semblables à celle que nous devons à M. Pamard. On ne saurait suivre les malades avec trop de persévérance pour arriver à compléter leur histoire pathologique.

Quelques personnes plus affirmatives ont rangé toutes les tumeurs dans la classe des hypertrophies parotidiennes ; ils ont refusé d'admettre l'existence de l'enchondrome parotidien. Voilà une manière de voir que nous ne pouvons laisser passer sans conteste. Il y a dans nos *Bulletins* des observations positives qui démontrent que dans certains cas la tumeur n'était constituée que par le tissu cartilagineux. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, le tissu cartilagineux est réuni à une notable et variable proportion de tissu fibreux. Je crois, pour ma part, que placer ces dernières tumeurs au nombre des hypertrophies, c'est abuser de la présence du tissu fibreux dans l'épaisseur de la parotide. Certes, le développement de la tumeur fibreuse d'une glande peut constituer une variété de l'hypertrophie, mais on ne peut soutenir que toutes les tumeurs fibreuses ou fibro-cartilagineuses soient des hypertrophies de la parotide. On a bien admis la présence du cartilage à côté de l'élément glandulaire ; mais on a déclaré que c'était là un élément accessoire et sans importance. Autant vaudrait dire que le tissu cancéreux est un élément accessoire quand il se développe au centre d'une glande. En vérité, je suis bien surpris qu'on ait oublié si vite, pour la région parotidienne, l'expression de tumeurs adénoïdes, si bien faite pour tout dire et pour ne rien éclaircir.

On peut ici soulever une autre question qui se rattache de près

à la précédente. Ces tumeurs de la région parotidienne, si fréquentes qu'il n'y a pas de mois qu'on ne vous en présente un exemple, sont-elles développées aux dépens de la glande elle-même ? Est-ce la glande ou une partie de la glande qui a été le point de départ de la maladie ? Ne croyez pas que ce soit chose facile que de savoir si une tumeur développée dans la région d'une glande a eu pour origine cette glande ou les tissus voisins. Il faudrait, pour juger une semblable question, disséquer des sujets qui seraient morts sans avoir été opérés. En dehors des autopsies, toutes les considérations tirées du siége de la tumeur, de sa mobilité plus ou moins grande, des circonstances multiples qui se présentent pendant le cours d'une opération, toutes ces considérations peuvent faire préjuger de la question, mais elles ne donnent pas une certitude nécessaire à sa solution.

Ce qui complique encore l'interprétation, c'est que probablement les tumeurs de la région n'ont pas toutes la même origine. Dans notre travail, nous avons pensé que les ganglions lymphatiques étaient le plus souvent le point de départ des enchondromes parotidiens. D'autre part, M. Nélaton professe que ces tumeurs sont toujours recouvertes par une couche glanduleuse plus ou moins épaisse ; la maladie aurait donc sa racine dans l'intérieur même de la glande salivaire ? La chose est souvent vraie ; il en résulte que, pour arriver sur la tumeur, on traverse quelquefois une couche glanduleuse ; mais ceci n'a pas toujours lieu : je vous rappellerai, entre autres, le fait de M. Charrier. La tumeur a pu être enlevée au moyen d'une simple incision, à la manière d'un ganglion lymphatique. Aucune dissection n'a été faite ; mais, outre que la tumeur est loin d'être toujours aussi profondément située que le croit M. Nélaton, on peut encore discuter sur la nature exacte de cette couche dite glanduleuse, qu'il faudrait traverser nécessairement pour arriver jusqu'au chondrome. Pour les uns, c'est du tissu de la glande parotide ; pour M. Robin, c'est un tissu glandulaire de nouvelle formation analogue, mais non semblable à celui de la glande. Paget a même dit que ce tissu imparfait ressemblait autant au tissu d'un ganglion qu'à celui de la parotide.

Un fait que nous devons à M. Léon Labbé présente un grand intérêt dans la question qui nous occupe. Une vaste tumeur de la région parotidienne a été enlevée sans la moindre dissection ; l'in-

cision de la peau étant faite, le produit a pu être énucléé presque sans le secours des instruments. Cette tumeur était à la fois fibreuse et cartilagineuse, c'était un enchondrome parotidien. Elle était complétement enveloppée par un kyste fibreux très épais; mais si dans l'intérieur on ne trouvait pas de tissu glandulaire, à la face profonde, et séparé du chondrome par le kyste, on trouvait des grains glanduleux appartenant évidemment à la parotide elle-même. Tous les détails de l'observation, les particularités relatives à l'opération, enfin la dissection que j'ai faite de la tumeur, tout concourt à démontrer que le malade dont M. Labbé nous a donné l'histoire portait une tumeur située au devant de la parotide, dont elle était séparée par une cloison fibreuse. Ce produit, qui ne renfermait aucun élément glandulaire, appartenait encore à la classe des chondromes parotidiens.

En compulsant les observations, on arrive à cette conclusion, qu'il y a dans la région parotidienne un bon nombre de tumeurs superficielles presque mobiles et qu'on peut enlever sans intéresser les gros vaisseaux. Ces tumeurs renferment, les unes du tissu glandulaire, les autres ne contiennent que du tissu fibreux ou fibro-cartilagineux. Les premières semblent donc provenir de la glande, leur isolement d'avec la parotide ne serait que le résultat d'un enkystement pathologique. On sait, en effet, que des lobules glandulaires, en s'hypertrophiant, peuvent s'isoler complétement et s'envelopper d'un kyste. En présence des tumeurs que nous étudions, on est donc dans l'alternative de les considérer comme développées en dehors de la parotide, ou bien dans cette glande dont elles auraient été ultérieurement séparées. Vous comprenez tout de suite l'importance de ces recherches. S'il est démontré que la glande parotide est le plus souvent étrangère aux tumeurs bénignes de la région, il est aisé de se rendre compte comment certains auteurs ont cru avoir enlevé la parotide tout entière sans léser ni le facial, ni la carotide. Ils enlevaient des tumeurs, quelquefois très volumineuses, à structure plus ou moins glandulaire, mais ce n'était jamais la parotide elle-même, et là se trouve la raison de ces opérations si heureuses et si habilement conçues. J'ai vu plusieurs fois enlever des tumeurs volumineuses de la région, et j'ai été frappé de l'extrême facilité de ces opérations. A peine fallait-il lier une ou deux artérioles; évidemment on n'avait pas intéressé

la loge parotidienne, et la glande ne participait en rien à la maladie. Je crois qu'il en est ainsi dans la grande majorité des tumeurs bénignes de la région parotidienne, ce qui n'empêche pas l'existence de quelques enchondromes de la glande ou des ganglions qu'elle renferme. Quant au cancer, si rare dans cet endroit, il porte toujours sur la glande; l'opération, quand elle est possible, entraîne de droit la section du facial et de l'artère carotide.

Si je pouvais faire partager ma manière de voir, je crois que la crainte d'opérer les tumeurs parotidiennes deviendrait moins grande, ou du moins qu'on saurait distinguer les cas faciles de ceux qui nécessitent toute la prudence et le savoir de l'opérateur. C'est la crainte de rencontrer des organes importants qui a été souvent cause de certaines opérations incomplètes : ainsi s'expliquent les quelques récidives observées pour les tumeurs fibro-cartilagineuses de la région. J'ai déjà rapporté un fait de ce genre dans mon mémoire; l'observation de M. Labbé rentre dans la même catégorie. Lisez cette relation, et vous acquerrez la certitude que la récidive du mal est due à une ablation incomplète.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — Observation par M. JOUON, interne des hôpitaux.

D..., blanchisseuse, âgée de vingt-huit ans, entrée à la Charité le 25 novembre 1859. Bien portante durant sa jeunesse, réglée à quinze ans, mariée à vingt et un ans, elle fit au bout de trois ans une fausse couche. L'année dernière, du 10 au 15 novembre, époque habituelle des règles, celles-ci manquèrent; le mois suivant, il se produisit des pertes utérines abondantes qui durèrent jusqu'au 15 janvier, et furent rapportées à une fausse couche par la sage-femme qui la soigna.

Les règles ne vinrent pas les mois suivants; mais la santé était bonne, et cette femme se livrait à ses travaux ordinaires, quand, le 15 avril, après une indigestion, elle ressentit comme un craquement douloureux à la partie inférieure de l'abdomen. A cette douleur se joignit une fièvre violente; le ventre, un peu tuméfié déjà depuis quelque temps, augmenta brusquement de volume, et la malade s'alita, atteinte, selon toute vraisemblance, d'une périto-

nite contre laquelle on employa des frictions d'onguent napolitain. Du mois d'août à la fin de juillet, s'il faut en croire la malade, elle sentit plusieurs fois des mouvements spontanés se produire dans l'abdomen ; mais ils disparurent au commencement d'août. A cette même époque, il se fit par le vagin, pendant deux jours, un écoulement sanguin peu abondant, avec gonflement considérable des seins, sécrétion lactée et engorgement des ganglions axillaires.

Vers le 20 septembre, la convalescence est assurée ; le ventre a perdu beaucoup de son volume, mais bientôt il grossit de nouveau et acquiert les dimensions actuelles. Les grandes fonctions s'exécutent bien ; la malade est amaigrie, mais se livre aux travaux de son ménage sans fatigue.

25 *novembre*. Aujourd'hui, l'examen de l'abdomen montre sur la ligne médiane une énorme tumeur ovoïde dépassant l'ombilic de 8 centimètres, s'étendant jusqu'aux fosses iliaques et aux hypochondres, indolente et mate, tandis qu'à son voisinage on trouve la sonorité intestinale. En différents points de cette tumeur, surtout en haut et à gauche, puis à droite et en bas, on sent des parties dures, ayant quelque analogie avec des membres de fœtus. Le reste de la masse donne une sensation nette de fluctuation.

Dans le vagin, le cul-de-sac postérieur est déprimé, effacé par une tumeur arrondie, régulière, élastique, indolente, non fluctuante, que l'on peut faire mouvoir en même temps que la masse intra-abdominale, et qui semble remplir toute la cavité pelvienne. En avant de cette tumeur, contre la symphyse du pubis et porté fortement en haut, se trouve le col utérin, ou plutôt son orifice vaginal, car on a beaucoup de peine à reconnaître autre chose que la lèvre antérieure. L'*ostium vaginale* est petit, arrondi, entouré d'un bord dur, et ne permet pas l'introduction de la pulpe de l'index.

On fait avec le trocart à hydrocèle une ponction exploratrice à la partie inférieure droite de l'abdomen : il ne s'écoule rien ; il semble que l'instrument ait pénétré dans une substance spongieuse, peu résistante, que l'on déchire avec facilité. Les jours suivants, péritonite partielle que des sangsues et l'onguent mercuriel réussissent à calmer.

6 *décembre* 1859. On remarque que la partie supérieure de la tumeur, au lieu d'être mate, donne une sonorité tympanique à la

percussion, et la malade rend beaucoup de gaz. On suppose que des anses intestinales sont venues se placer entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure.

16 *décembre*. Le tiers inférieur seulement de la tumeur continue à être mat; la sonorité occupe tout le reste. D'ailleurs, même forme du ventre, qui est sensible à une pression même modérée. Inappétence et amaigrissement considérable depuis la ponction. Diarrhée abondante qui affaiblit beaucoup la malade. On réussit à l'arrêter, le 20 décembre, par de fortes doses de laudanum et de bismuth.

22 *décembre*. On refait une ponction avec le même trocart dans un point fluctuant de l'abdomen, en bas et à droite. Il s'écoule assez lentement 5 à 600 grammes d'un liquide fétide, rouge brunâtre, comme de la lie de vin, ressemblant à du sang mêlé de pus.

23 *décembre*. Grand affaissement des forces; le ventre est douloureux au moindre toucher; écorchures au coccyx. L'affaiblissement fait des progrès rapides. Mort le 25.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le cadavre présente le même aspect que pendant la vie : ventre énormément ballonné, sonore dans ses deux tiers supérieurs. Le toucher vaginal fait reconnaître en avant, immédiatement appliqué contre la symphyse, et au fond d'un infundibulum étroit (vagin comprimé), l'orifice du col, dont les lèvres ne font aucune saillie.

Le ventre est ouvert sur la ligne médiane, et le couteau incise au-dessus de l'ombilic une énorme poche distendue, brune et luisante extérieurement; par l'incision s'échappent des gaz, et l'abdomen s'affaisse. En continuant l'autopsie, on trouve que cette poche remplit tout l'abdomen et le bassin jusqu'au-dessus de l'ombilic, où sont repoussés les intestins et l'estomac distendus; quelques anses de l'iléon sont aussi en arrière, entre le kyste et la colonne vertébrale; il n'y en a pas d'interposées à la poche et à la paroi abdominale antérieure. Ce kyste est adhérent par sa face externe avec les organes voisins, péritoine pariétal, intestins, face postérieure de la vessie, au moyen de filaments celluleux peu résistants. Il renferme une grande quantité de liquide fétide, rougeâtre, où nagent des masses blanchâtres d'épiderme ramolli, entourant

un fœtus de huit mois, en première position de la tête qui est profondément engagée dans le bassin.

On remarque un cordon long de 30 centimètres qui, partant de l'ombilic fœtal, se dirige d'abord en bas sur la ligne médiane, se confond là avec la paroi antérieure du kyste, continue son trajet en bas, puis remonte sur la paroi postérieure, toujours sur la ligne médiane. Au niveau de l'angle sacro-vertébral il redevient libre et se termine par une extrémité effilée, filamenteuse, qui adhère mollement à l'amnios du sommet du kyste.

L'amnios est appliqué partout, contre le kyste, excepté à droite, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, puis à gauche et en haut. Dans le premier point existe un gâteau pulpeux, rougeâtre, gros comme le poing, perforé à son milieu par un canal (dû à la ponction du trocart), semblable à un caillot, mais que l'examen microscopique démontre être le placenta. Dans le second point, on trouve une masse également placentaire, moins rouge, plus graisseuse et de volume moitié moindre.

La paroi proprement dite du kyste (chorion) est brune, lisse au dehors sur sa face péritonéale, mais en dedans sale et recouverte de débris d'épiderme ramolli. Une coupe antéro-postérieure montre que la paroi se compose des couches suivantes, de dehors en dedans :

1° Une lame de tissu cellulaire avec des vaisseaux et des pelotons graisseux, plus épaisse sur la paroi postérieure qu'en avant et en haut.

2° Une couche d'un demi-millimètre, formée de cellules épithéliales pavimenteuses et à très gros noyau.

3° Une lame épaisse de 3 à 4 millimètres de tissu conjonctif, infiltré de pigment.

4° La couche granuleuse, graisseuse, inégale, qui touche l'amnios; elle ne renferme que des débris graisseux d'éléments détruits et méconnaissables.

L'utérus est sain, non hypertrophié; le col semble allongé. La face antérieure de la matrice est complétement recouverte d'un caillot étalé en une lame épaisse de 2 millimètres, adhérente au tissu utérin et tapissée en avant par une couche de tissu conjonctif (péritoine?) qui le sépare de la vessie.

Il est impossible de retrouver sur le kyste les ligaments ronds

ou les trompes; cependant, à gauche, sur un des côtés de la tumeur, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, existent trois ou quatre petits kystes gros comme des noisettes, remplis d'un liquide séreux, incolore, et qui représentent peut-être les franges du pavillon de la trompe de Fallope. Au même niveau, de chaque côté, on reconnaît les ovaires atrophiés, aplatis, confondus avec les parois du kyste; ils renferment des corps jaunes.

Les uretères, comprimés en bas, sont distendus au-dessus jusqu'à permettre l'introduction du petit doigt. Les bassinets ont subi une dilatation analogue; les reins, hypertrophiés, sont anémiques et graisseux.

Le foie est un peu atrophié et graisseux; le rectum renferme des matières liquides noires; ses tuniques sont parfaitement saines.

Rapport de M. le docteur GUYON *sur l'observation précédente.*

Une grande partie de l'intérêt de ce cas gît, en effet, dans le diagnostic. M. Jouon nous a exposé le résultat de l'examen fait à l'entrée de la malade; mais nous devons regretter qu'il ait négligé d'aborder la discussion diagnostique. Nous avons pu examiner cette malade à l'époque de son admission dans les salles, et nous savons que quelques doutes pouvaient exister et avaient été élevés au sujet de la nature de la tumeur abdominale, et que l'on avait pu se demander s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou d'une grossesse extra-utérine. Le seul examen de la tumeur pouvait laisser des doutes; en effet, à part quelques portions dures et inégales, la majeure partie de la masse était nettement fluctuante, et, de plus, il était facile de conclure à la présence d'une tumeur enkystée. Je n'ai pas besoin de faire ressortir les ressemblances qui existaient entre cette masse enkystée et celles dont l'origine, indépendante de la fécondation, a l'ovaire pour siége; mais ce que je dois m'attacher à faire voir, ce sont les différences très nettes qui ressortaient de l'examen des commémoratifs en faveur de la grossesse extra-utérine. Nous savons que la grossesse extra-utérine, lorsqu'elle n'a pas entraîné d'accidents mortels pendant la période du développement fœtal, peut se constituer à l'état de tumeur enkys-

tée, souvent tolérée pendant longues années par l'organisme après la mort du produit ; lorsque les caractères de la tumeur ne peuvent conduire à la détermination de sa nature, ce qui existait dans le cas actuel, l'étude du commémoratif est de toute importance. Il nous semble, en effet, qu'en considérant le développement rapide d'une part, et, d'un autre côté, tout le cortége significatif de symptômes qui avaient accompagné le début de la maladie depuis la suppression menstruelle et la ménorrhagie, jusqu'à la péritonite survenue du cinquième au sixième mois et la sécrétion lactée établie au neuvième, tout devait faire pencher l'opinion en faveur d'une grossesse extra-utérine.

Indépendamment de ces difficultés diagnostiques, qu'il faut joindre à celles plus embarrassantes encore que nous fournit la grossesse extra-utérine dans la période de vie et du développement fœtal, la manœuvre chirurgicale employée dans ce cas doit être l'objet de quelques réflexions. Nous ferons tout d'abord remarquer que la ponction avec le trocart ordinaire qui fut employé n'a pu en rien éclairer le diagnostic. Certains kystes de l'ovaire ont des parois et un contenu assez épais pour expliquer le résultat négatif de la première ponction ; ces mêmes kystes présentent des liquides assez variables, et l'inflammation qui s'était emparée de la poche change assez la nature du contenu pour ne laisser attacher aucune importance, au point de vue du diagnostic, aux 600 grammes de liquide rouge lie de vin, fétide, ressemblant à du sang mêlé de pus, qui s'écoulèrent lors de la deuxième ponction. Toujours est-il que la ponction fut ici l'origine des accidents et la cause de la terminaison funeste, et l'on s'explique assez facilement qu'elle ait amené l'inflammation de la poche et la décomposition putride du liquide qu'elle contenait. C'est, en effet, à l'inflammation de la poche kystique que la malade a succombé, et l'autopsie à laquelle j'ai assisté a en effet montré que la cavité abdominale ne présentait pas de signes de péritonite. C'est, du reste, à l'inflammation du kyste fœtal et à la décomposition putride des parties liquides qu'il contient, qu'il faut souvent rapporter la mort des femmes dans les cas de grossesse extra-utérine prolongée, ou quand elles échappent à la terminaison funeste, les accidents graves qu'elles ont à traverser. Il y a ici un rapprochement très naturel à faire entre ce qui se passe dans ces cavités de nouvelle formation et celles qui consti-

tuent les parois des abcès par congestion. Dans un travail récent où il étudie les différents modes de terminaison des grossesses extra-utérines, M. Mattei nous a donné des renseignements intéressants sur les accidents qui surviennent à la suite de l'ouverture spontanée des anciennes grossesses extra-utérines, et sa statistique nous montre que dans les cas où l'ouverture spontanée se fait ailleurs qu'à la paroi abdominale, il y a mort dans près de la moitié des cas. La plus grande part de mortalité doit être, il est vrai, attribuée aux ouvertures spontanées dans l'intestin (19 sur 31), et l'auteur, frappé de ce résultat, en accuse spécialement la pénétration des gaz et des liquides intestinaux dans le kyste.

Sans chercher à nier l'influence de ces causes, il nous semble plus naturel d'accuser à la fois l'inflammation de la poche et la décomposition des liquides qu'elle contient; d'autant mieux qu'en thèse générale, c'est précisément dans les cas où ces liquides stagnent par suite d'ouverture insuffisante ou mal située que se montrent les accidents. Ceci rentre, du reste, dans l'ordre habituel des faits d'observation chirurgicale qui ont démontré le danger des ouvertures insuffisantes pour évacuer exactement une cavité kystique, et suffisantes pour entretenir l'action permanente et renouvelée des fluides gazeux sur le produit de sécrétion non évacué. C'est probablement pour cette raison que l'on ne compte pour ainsi dire que des faits heureux dans les cas où l'ouverture s'est faite spontanément à la paroi abdominale, ou y a été artificiellement produite (37 faits, 36 guérisons), série heureuse bien rare et bien exceptionnelle dans les faits du domaine chirurgical, et qui peut cependant nous faire regretter que dans le cas étudié et observé par M. Jouon, l'ouverture n'ait pas été préférée ou substituée à la ponction. La juxtaposition immédiate des parois abdominales et du kyste dans toute l'étendue de sa face antérieure, les adhérences déjà établies entre le péritoine pariétal et l'enveloppe externe de la tumeur, auraient favorisé une tentative de ce genre, que le bon état de santé de la malade permettait d'ajourner comme toute autre, mais qui cependant aurait pu être justifiée en considération des faits heureux que j'ai rappelés, et encore par ce résultat qui ressort de la statistique de M. Mattei : c'est que dans les cas rares (12 sur 100) où les grossesses extra-utérines anciennes peuvent laisser vivre longues années les femmes qui les portent, le

fœtus a cessé de se développer de bonne heure, et la poche kystique primitive ou secondaire est restée *petite*.

Ont été nommés :

Membre titulaire, M. DESCROIZILLES.

Membre correspondant, M. ROCHÉ, à Toucy (Yonne).

COMPTE RENDU

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

POUR L'ANNÉE 1860

PAR LE Dr GENOUVILLE, SECRÉTAIRE

MESSIEURS,

Rassembler et grouper par ordre les communications qui vous ont été faites, résumer les discussions et les rapports auxquels elles ont donné lieu, tel est le but que se propose votre secrétaire dans son compte rendu annuel. Il peut de cette manière classer les faits intéressants, les mettre en parallèle avec d'autres déjà connus, et essayer de jeter ainsi quelque lumière sur certains points obscurs de la pathologie. En entreprenant cette tâche parfois aride, mais toujours instructive, je n'ai pu m'en dissimuler toutes les difficultés ; mais, guidé par les remarquables travaux de mes prédécesseurs, j'ai conservé la tradition perpétuée depuis longtemps dans le sein de la Société, et, comptant sur votre bienveillance, j'aborde mon sujet.

Système nerveux.

Cerveau, protubérance, cervelet, moelle.

Je n'ai à vous entretenir cette année que d'un cas de méningite tuberculeuse chez un garçon de six ans. Cette affection, bien qu'elle

fœtus a cessé de se développer de bonne heure, et la poche kystique primitive ou secondaire est restée *petite*.

Ont été nommés :

Membre titulaire, M. DESCROIZILLES.

Membre correspondant, M. ROCHÉ, à Toucy (Yonne).

---

ment sanguin intra ou extra-cérébral? Y eut-il quelque altération des os du crâne? C'est ce que nous ne saurions dire. Toujours est-il que l'on trouva à l'autopsie une altération très ancienne d'une portion de l'occipital, une destruction complète de la dure-mère en ce point, ainsi qu'un foyer purulent dans la corne postérieure de l'hémisphère droit du cerveau. Je n'insisterai pas sur la relation qui existe entre l'affection ancienne et l'affection récente; je vous ferai remarquer seulement l'absence d'accidents, malgré la présence d'une altération aussi étendue.

M. Martineau vous a montré (p. 443), dans l'une de vos dernières réunions, un ramollissement aigu de la protubérance annulaire chez un homme qui portait en outre, dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié droit et dans la couche optique gauche, deux anciens foyers hémorrhagiques enkystés. J'avoue que j'ai peine à comprendre d'abord comment ces lésions presque symétriques des hémisphères, qui paraissent remonter à la même époque, n'ont amené qu'une simple hémiplégie du côté gauche, et je ne saurais vous expliquer non plus d'une manière satisfaisante comment l'altération du mésocéphale, qui paraît être de date plus récente, s'est traduite pendant la vie par une paralysie de la face et des membres du côté gauche, avec contracture dans le bras, paralysie complète dans la jambe et incomplète dans le membre supérieur, en voyant le foyer de ramollissement occuper aussi du côté gauche la partie antérieure des étages supérieur et moyen de la protubérance annulaire. C'est un de ces faits dont il faut se contenter de prendre note, sans en chercher dans des hypothèses purement gratuites une interprétation encore prématurée.

Du reste, messieurs, combien de fois chaque année votre secrétaire n'a-t-il pas occasion de vous signaler de semblables desiderata dans la pathologie des affections cérébrales? et n'ai-je pas encore à produire devant vous d'autres exemples qui vous montreront combien il reste encore à faire dans cette classe de maladies? Quel rapport existait-il, en effet, entre cette tumeur cancéreuse développée à la partie antérieure de la face du cerveau et le tremblement vertical dont était atteinte cette femme observée par M. Martineau (p. 352)? Croyez-vous qu'il eût été facile d'arriver à porter un diagnostic précis chez ce malade de M. Laborde qui portait une tumeur implantée sur la couche optique gauche, faisant

saillie dans le ventricule du même côté (page 409) ? On n'avait noté, pour toute manifestation symptomatique, qu'une assez grande faiblesse des membres inférieurs, un peu de stupeur, un amaigrissement très prononcé, en même temps qu'une sorte de mutisme presque absolu.

Telle n'est point, en effet, la marche habituelle des tumeurs intra-crâniennes. Vous les verrez, le plus souvent, amener une violente céphalalgie, quelques troubles de la vue, des convulsions épileptiformes, des hémiplégies ou des paralysies partielles, ainsi qu'en font foi les faits rapportés par M. Martineau (p. 104) et par M. Beaudot (p. 120). Cependant ces symptômes n'ont rien de pathognomonique, et si, dans un intéressant rapport, M Fournier les a successivement passés en revue, il n'a pu qu'apprécier la fréquence relative et la valeur sémiotique de chacun de ces différents phénomènes morbides.

Un mot encore sur ces tumeurs à l'occasion de cette présentation de M. Martineau que je viens de mentionner, car le fait met en lumière un point d'anatomie pathologique sur lequel M. Cruveilhier a le premier insisté, je veux parler du lieu d'origine réel de certaines productions cancéreuses intra-crâniennes, que l'on a confondues à tort avec les fongus de la dure-mère, et que certains auteurs, entre autres Louis et les frères Wenzel, ont décrites sous ce nom. M. Cruveilhier s'est attaché à séparer les tumeurs qui naissent des faces interne ou externe de la dure-mère de celles qui se développent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Celles-ci n'ont de rapport avec la membrane fibreuse que lorsque des adhérences s'établissent entre les deux feuillets de la séreuse. Dans l'exemple que je vous cite, la tumeur est entièrement libre, et son point de départ est suffisamment indiqué pour justifier la classification si nettement établie par notre honorable président.

J'arrive maintenant, messieurs, aux lésions de la protubérance. Trois pièces relatives à des hémorrhagies vous ont été montrées : deux surtout ont été, de votre part, l'objet d'un examen attentif; permettez-moi donc de m'y arrêter un moment, et de vous retracer brièvement l'histoire du malade de M. Martineau (p. 314). Cet homme, âgé de trente-huit ans, était entré à l'hôpital Saint-Louis pour une affection organique ancienne du cœur, lorsqu'un jour, en se promenant dans le jardin, il est pris de céphalalgie, de

tournoiements de tête, de vertige, d'éblouissements, et en même temps d'engourdissements, de fourmillements dans les membres supérieur et inférieur gauches. Puis peu après le mouvement s'affaiblit dans ces parties au point que le malade ne peut plus marcher ni se servir de son bras. On s'aperçoit aussi que le côté gauche de la face est intact, tandis que le côté droit est incomplément paralysé ; il y a de l'embarras de la parole. Malgré cela, le malade n'a pas perdu connaissance, son intelligence est entière et complète ; la sensibilité est plutôt exagérée que diminuée dans les points paralysés. La mort survient plusieurs jours après, à la suite d'une pneumonie et d'une péricardite. Outre les lésions propres à ces maladies, que trouvons-nous à l'ouverture cadavérique ? Un foyer sanguin occupant l'étage moyen et se prolongeant jusqu'à l'étage inférieur vers le centre même de la largeur de la protubérance. Le caillot de récente formation présente une étendue d'un centimètre et demi dans tous les sens, de plus il se prolonge dans les deux pédoncules cérébelleux moyens plus du côté gauche que du côté droit. En vous rendant compte de cette observation, M. Ed. Cruveilhier a pris soin de faire ressortir tout l'intérêt qui s'y rattache, et si je n'avais qu'à vous entretenir de ce seul fait, il me suffirait de résumer l'excellent rapport de notre collègue ; mais vos *Bulletins* contiennent encore un cas d'hémorrhagie de la protubérance annulaire (p. 321) qu'il me paraît utile de rapprocher du précédent. Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, adonnée depuis longtemps à l'ivrognerie, qui un matin se sent prise d'éblouissements, de bourdonnements d'oreille, de vertige. Elle se couche, puis se relève dix minutes après ; aux phénomènes précédents s'ajoute un trouble marqué de la vue ; elle veut regagner son lit, mais en vain ; elle est frappée d'une paralysie qui occupe la moitié gauche du corps, avec perte complète de la parole, mais sans perte de connaissance. Deux jours après, elle entre à l'hôpital dans l'état suivant : hémiplégie gauche, avec conservation de la sensibilité dans les parties paralysées ; pas d'hémiplégie faciale, ni d'un côté ni de l'autre ; abolition complète de la parole ; gêne très grande des mouvements de la langue ; déglutition facile ; intégrité de l'intelligence et des sens. La mort arrive trois jours après sans symptôme nouveau.

L'autopsie montre que le cerveau est sain, à l'exception de la

protubérance annulaire. Cette portion de l'encéphale offre à sa face inférieure plusieurs taches noires de sang coagulé qui ne sont que des prolongements à travers les fibres nerveuses éraillées ou déchirées d'un foyer hémorrhagique occupant presque tout l'intérieur de la protubérance. Ce foyer a la forme allongée et les dimensions d'une grosse amande dont le grand axe serait transversal ; son extrémité droite s'étend jusqu'à l'origine du pédoncule cérébelleux correspondant, qui est lui-même un peu intéressé, et son extrémité gauche va jusqu'à 3 millimètres environ du pédoncule cérébelleux gauche resté intact. Une sorte de cloison constituée par du tissu nerveux sépare incomplétement sur la ligne médiane le foyer en deux parties, dont la droite est la plus considérable.

Tel est, messieurs, le résumé succinct de la présentation de M. Guéniot ; elle offre avec celle de M. Martineau des analogies frappantes, entre autres l'unilatéralité de la paralysie malgré l'existence d'une lésion bilatérale. Ce fait, qui pouvait paraître extraordinaire au premier abord, s'est trouvé suffisamment expliqué dans l'un des cas auxquels je fais ici allusion, par une dissection minutieuse des parties lésées. M. Marcé, chargé d'examiner la pièce, a pu suivre à travers la protubérance les faisceaux des pyramides ; il a trouvé que, bien qu'il fût transversal, le foyer sanguin, plus profond et plus anfractueux dans un point, avait détruit dans sa totalité le faisceau pyramidal de ce côté, tandis qu'il avait respecté celui du côté opposé. N'est-il pas probable que les choses se sont passées de la même manière dans le fait de M. Martineau? On aurait ainsi, comme le dit M. Millard, raison d'un fait qui est en contradiction apparente avec les données actuelles de la physiologie.

Quant à la conservation de la sensibilité dans les parties paralysées, c'est au siége de la lésion qu'il faut en demander compte. Peut-être est-ce aussi la même cause qu'il faut invoquer pour l'intégrité de l'intelligence et la conservation de la vie pendant un certain temps.

Pour en finir avec l'examen de ces faits, il me reste à vous parler de ce symptôme que M. Gubler a désigné sous le nom d'hémiplégie alterne. Vous avez vu que s'il s'est montré dans l'une de nos observations, il a totalement fait défaut dans l'autre, et qu'il n'est pas signalé non plus chez la malade de M. Cornil (p. 201).

C'est qu'en effet ce signe est loin d'être constant, on peut même dire, si l'on consulte les faits jusqu'ici connus, qu'il est rare; mais lorsqu'il existe, il n'en a pas moins une valeur incontestable pour le diagnostic des altérations anatomiques de la protubérance. On peut donc maintenir, jusqu'à nouvel ordre, la proposition suivante énoncée par M. Millard : Quand une affection cérébrale aiguë ou chronique s'accompagnera d'hémiplégie faciale croisée avec celle des membres, on sera fondé à rapporter le plus souvent au mésocéphale le siége de la lésion.

Nous aurions bien encore à rechercher quelles conditions de siége et de profondeur doit remplir la lésion de la protubérance pour que l'hémiplégie alterne se produise; mais je renonce à traiter ici cette question encore obscure, faute de documents suffisants.

A l'autopsie d'un homme mort avec tous les symptômes d'une glycosurie, M. Colombel a trouvé des altérations très remarquables du bulbe rachidien (p. 217). C'était une teinte brunâtre de la paroi antérieure du quatrième ventricule, avec ramollissement et vascularisation anormale de toutes ces parties. M. Luys a reconnu que cette lésion consistait dans une destruction moléculaire des éléments histologiques de la substance nerveuse, et que leurs débris chargés de granulations jaunâtres donnaient à la paroi du quatrième ventricule la coloration spéciale que nous avons signalée. De plus, ainsi que vous l'a dit notre collègue, cette altération anatomique dont l'organisme seul avait fait tous les frais, correspondait précisément aux points que la physiologie expérimentale et l'étude des lésions traumatiques de la région cervicale postérieure ont signalés comme doués de la propriété d'amener l'exagération de la fonction glycogénique du foie, et, par suite, le passage du sucre dans les urines.

Il est impossible de songer ici à une simple coïncidence, surtout lorsque vous trouvez encore dans vos *Bulletins* une observation de M. Lancereaux (p. 221), dont les symptômes et les lésions de la moelle allongée ont avec le fait de M. Colombel une analogie bien manifeste. Du reste, vous n'ignorez pas qu'en Angleterre, en Allemagne comme en France, on s'est beaucoup occupé des rapports de la glycosurie avec les affections cérébrales. Mais si les travaux de Goolden, de Garod, de Plagge, de M. Leudet et de

M. Becquerel, entrepris dans ce sens, ont enrichi la science de faits intéressants, dans aucun d'eux je n'ai rencontré de cas analogues à ceux que je viens de vous résumer.

Une observation très complète et très détaillée intitulée : *Tubercules multiples du cervelet, tuberculisation ganglionnaire générale*, vous a été remise par M. Campana (p. 182). L'étude clinique du malade qui portait ces lésions est loin d'apporter quelque éclaircissement à l'histoire encore si obscure des affections du cervelet; on y rencontre néanmoins quelques-uns des symptômes déjà notés, entre autres la lenteur de la parole et la lenteur des mouvements. Quant au ralentissement du pouls, à la somnolence habituelle qui se manifestaient dans les derniers temps, il faut les rapporter bien plus à l'accumulation de sérosité dans les ventricules qu'à l'altération du cervelet. Notons enfin la mort rapide et presque subite, sans agonie, comme un phénomène qu'il n'est pas rare de rencontrer dans de semblables affections.

M. Laborde vous a fait voir (p. 422) une atrophie du lobe cérébral gauche chez un homme de quarante-cinq ans, entré depuis très longtemps à l'hospice de Bicêtre. Je passe rapidement sur les symptômes présentés par le malade, contracture et atrophie des membres supérieur et inférieur droits, aspect particulier de la physionomie, pour arriver tout de suite à un point du sujet plus intéressant que le présentateur n'a fait qu'effleurer il est vrai, mais sur lequel il a cru du moins devoir se prononcer. En recherchant la cause et l'origine de la lésion. M. Laborde se pose les trois questions suivantes : L'atrophie des circonvolutions et des parties centrales est-elle primitive ? est-elle née consécutivement à une compression déterminée par une hydrocéphalie partielle ? ou bien enfin a-t-elle été produite par la présence d'un kyste résultant d'une ancienne hémorrhagie méningée ?

M. Laborde rejette avec raison la première hypothèse, mais votre secrétaire ne saurait partager son opinion lorsque, admettant la seconde hypothèse, il élimine sans en donner les motifs l'existence possible d'une ancienne hémorrhagie méningée. Les antécédents de ce malade me paraissent d'abord militer en faveur de cette opinion. Que nous apprennent-ils en effet? Dans ses premières années, cet homme a été atteint d'une affection du cerveau très grave qui s'est accompagnée de convulsions et qui a laissé à sa suite

une infirmité persistante. Ceci vient encore à l'appui de ce que j'ai avancé ; mais l'examen cadavérique nous donne des preuves encore plus convaincantes : on trouve, en effet, au-dessous de la dure-mère un foyer kystiforme renfermant 250 grammes environ d'un liquide jaunâtre séreux, contenu dans de petites cavités cloisonnées par des pseudo-membranes organisées s'étendant de la face interne de la dure-mère à l'arachnoïde viscérale.

On ne peut, il me semble, décrire d'une façon plus satisfaisante les restes d'une hémorrhagie méningée ancienne enkystée. Mais poursuivons et citons textuellement : « Le vide qu'il (le kyste) remplissait est constitué par une perte de substance considérable, impliquant le tiers moyen du lobe cérébral de ce côté. Celui-ci se trouve ainsi réduit à la moitié environ de son volume, relativement au lobe droit qui paraît normal. Les circonvolutions manquent pour ainsi dire en cet endroit, et l'on pénètre immédiatement dans la cavité ventriculaire gauche à l'aide d'une ouverture ovalaire qui se trouve résulter comme naturellement de la perte de substance. Toutefois cette ouverture était obstruée par les membranes méningées, arachnoïde et pie-mère, doublées elles-mêmes de fausses membranes. » On voit bien manifestement ici qu'au-dessous du kyste se trouvaient les méninges, et la présence de ces membranes sur les circonvolutions résorbées en quelque sorte nous montre clairement que l'atrophie résulte d'une compression ayant son siége en dehors de l'encéphale.

Une seule présentation relative à la moelle épinière vous a été faite par M. Fritz (p. 2) : c'est un ramollissement de la portion dorsale de cet organe chez une femme paraplégique.

Appareil digestif et annexes.

L'angine gangréneuse ne peut plus aujourd'hui, grâce à d'importants travaux, être révoquée en doute. Personne, je le suppose, ne contestera la réalité de son existence. Aussi puis-je, sans discuter à fond le diagnostic, vous rendre compte du fait de M. Baudot (p. 211) relatif à une gangrène de l'amygdale. L'affection se présente ici avec tous les caractères qui lui ont été assignés : profonde adynamie, stupeur, pâleur de la face, petitesse et dépressibilité

du pouls, odeur fétide de l'haleine, coloration noirâtre de l'amygdale, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. L'autopsie confirme de tous points l'exactitude du diagnostic : en aucun endroit on ne trouve trace de fausse membrane et l'on voit très distinctement l'altération du tissu de l'organe se continuer avec le tissu environnant, siége d'une augmentation de vascularisation très considérable.

C'est là, messieurs, à n'en pas douter, un cas de gangrène circonscrite, variété rare dans l'espèce, mais dont on rencontre néanmoins des exemples dans le mémoire de M. Becquerel et dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez. La maladie est-elle primitive, s'est-elle développée consécutivement? C'est une question qu'il m'est impossible d'aborder, car le présentateur a totalement négligé de nous faire connaître les antécédents.

M. Frits vous a montré un polype de l'estomac (p. 2) : cette pièce n'offre d'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. Le polype siége au milieu de la grande courbure ; sa forme est ovalaire, son volume est celui d'une noix ; il est supporté par un pédicule assez large ; sa surface est inégale et rougeâtre ; son sommet ulcéré est coloré en jaune par les liquides contenus dans l'estomac ; sa texture charnue et peu vasculaire paraît devoir le faire ranger parmi les productions fibreuses.

Dans l'une de vos premières séances vous avez eu l'occasion de voir une perforation de l'estomac produite par un ulcère simple de cet organe (p. 7).

Une dame âgée de vingt-sept ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, ne se plaignant que de quelques douleurs stomacales regardées par son médecin comme névralgiques, fut prise subitement de douleurs atroces dans le ventre après avoir bu dans la journée une tasse de bouillon, et succomba le lendemain. On crut à un empoisonnement. M. Becquet, chargé de pratiquer l'autopsie, trouva dans le péritoine un épanchement très abondant d'un liquide jaunâtre ayant l'odeur de matières fécales, et de plus, à la face postérieure de l'estomac, un ulcère à fond grisâtre sans induration sur les bords avec perforation. Ce fait offre beaucoup d'analogie avec l'un de ceux que rapporte M. Cruveilhier dans son mémoire. Il s'agit d'un charbonnier qui, après avoir bu un verre de vin, fut pris de coliques atroces et mourut au bout de vingt-quatre heures

avec tous les signes d'une péritonite suraiguë. On soupçonna, comme dans le cas précédent, que cet homme avait été victime d'un empoisonnement, mais on put se convaincre par l'examen cadavérique que la cause de la mort devait être attribuée à la perforation d'un ulcère de l'estomac. On peut dire, d'après l'apparence des bords de l'ulcère chez la malade de M. Becquet, que la perforation a été primitive, c'est-à-dire qu'elle s'est produite pendant la période d'accroissement de la solution de continuité. Cette variété est, dans l'espèce, une des moins fréquentes, et les recherches de notre honorable président nous apprennent que l'on voit le plus souvent la perforation survenir d'une manière consécutive, c'est-à-dire après la cicatrisation de l'ulcère.

Vous devez à M. Potain (p. 408) la relation de l'autopsie d'une femme de soixante et onze ans qui n'avait présenté que très peu de phénomènes gastriques, et chez laquelle on trouva cependant près du pylore, au niveau de la petite courbure de l'estomac, un ulcère de forme ovale, ayant un centimètre de long dans son plus grand diamètre. Ici l'altération, qui ne paraît avoir intéressé que la muqueuse, offre à son pourtour une cicatrice linéaire froncée en quelques endroits.

Je ne ferai que vous signaler deux cas de perforation intestinale : l'une, spontanée, survint au trentième jour d'une fièvre typhoïde (p. 292) ; l'autre, d'origine traumatique, fut la suite d'un coup violent sur le ventre. M. Ed. Cruveilhier (p. 54), en portant ce dernier fait à votre connaissance, a pu réunir trois cas analogues dans esquels, à l'autopsie, on ne trouva pas trace de contusion sur la paroi abdominale.

Je n'insisterai pas non plus sur des ulcérations évidemment tuberculeuses trouvées par M. Paul (p. 409) à l'autopsie d'un phthisique arrivé à une période déjà avancée de la maladie ; mais je m'arrêterai plus longtemps sur un exemple de cancer du jéjunum, que M. Descroizilles vous a communiqué (p. 23). Deux cas semblables seulement ont trouvé place dans vos *Bulletins*. L'un (*Bulletins de la Société anatomique*, 1826), rencontré par M. Cruveilhier sur un cadavre destiné aux dissections, fut l'objet d'une simple mention ; l'autre, relaté avec détails par Legendre (*Bulletins de la Société anatomique*, 1838), fournit à M. Letenneur l'occasion d'un excellent rapport.

Malgré leur petit nombre, nous trouvons cependant dans l'examen de ces observations quelques points intéressants à étudier, que je tiens à ne pas laisser passer sous silence. J'aurai d'abord à vous faire remarquer combien peu l'organisme semble impressionné par une aussi grave altération. Au début et même à une époque assez avancée de l'affection, les fonctions digestives ne présentent que des troubles passagers; c'est à peine si le malade de M. Descroizilles, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, s'était plaint de coliques, de douleurs abdominales; il avait pu continuer encore son travail, sans que son état de santé parût le moins du monde modifié; son appétit était excellent; ses forces n'étaient pas diminuées; quelques alternatives de diarrhée et de constipation auraient pu seules, à cette époque, attirer l'attention du côté des organes lésés; il n'y avait ni cet amaigrissement ni cette teinte jaunâtre de la peau, signes caractéristiques d'un état général qui atteint profondément l'économie tout entière. Devons-nous en conclure que l'affection n'était pas encore parvenue à la dernière période, à la période de cachexie? Je serais assez porté à l'admettre, et je croirais volontiers que la marche de certains encéphaloïdes, les complications auxquelles ils donnent naissance, leur prompte généralisation, en amenant une terminaison rapidement funeste, nous empêchent d'assister à ce tableau symptomatique que nous offrent d'autres variétés de cancer. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'organe compromis, et surtout l'obstacle apporté à l'accomplissement de la fonction, soit par le siége, soit par la forme, soit par l'étendue de la lésion. On comprend parfaitement qu'un carcinome de l'intestin qui intéresse la muqueuse dans un espace de 12 centimètres, comme cela est noté dans l'observation de M. Descroizilles, mais qui laisse un libre cours aux matières fécales, ne constitue pas une gêne très grande pour l'accomplissement des fonctions digestives, lorsqu'il existe au-dessus et au-dessous une grande étendue de membrane saine, propre à l'absorption. Aussi n'est-ce qu'aux progrès du mal, à sa généralisation, que l'on doit attribuer une mort rapide. A l'autopsie, qui fut faite avec un très grand soin, on rencontra une dégénérescence des ganglions mésentériques telle, que la question de savoir si ces glandes n'auraient pas été primitivement affectées fut soulevée par M. Houël. Cette même dégénérescence, portée à un

très haut degré, est également signalée dans l'observation de Legendre, et la même question fut posée par le présentateur. M. Letenneur, à cette époque, et M. Barth, au sujet de la communication de M. Descroizilles, y répondirent de la même façon, en rappelant cette loi d'anatomie pathologique que, dans les cancers abdominaux, le viscère est atteint le premier et les ganglions ne le sont que consécutivement.

Sans être aussi rare que le cancer, la gangrène de l'intestin grêle n'est point une altération très commune ; malheureusement l'observation de M. Martineau (p. 114) manque de détails sur beaucoup de points. Faut-il, avec le présentateur, admettre la présence d'une bride étranglant l'intestin et ayant occasionné sa dilatation ? Faut-il croire à une gangrène survenue sous l'influence d'excès ou par suite de la mauvaise hygiène à laquelle était soumis l'individu ? C'est ce que nous ne pouvons établir. Toujours est-il que, chez un garçon de seize ans, on constata dans la partie supérieure de l'intestin grêle, la présence de plaques gangréneuses qui déterminèrent une péritonite suraiguë.

J'ai encore à vous parler d'un fait assez rare : c'est une communication du jéjunum avec la partie supérieure du côlon descendant. M. Guéniot vous a donné de cette pièce une description très exacte (p. 178) ; il a pris soin d'étudier et la structure du canal membraneux et la forme de ses deux ouvertures. Quant à l'origine de la lésion, malgré la présence d'une membrane lisse prenant l'aspect d'une séreuse, malgré la présence de fibres musculaires sur le canal de communication, notre collègue a cru devoir rejeter l'idée d'une altération congénitale ; il suppose qu'à une époque éloignée il s'est formé une ulcération, les deux intestins se trouvant alors en contact, et que les fausses membranes circonscrivant la perforation, se sont allongées sous l'influence des tiraillements exercés par les mouvements des intestins ; enfin des fibres musculaires se seraient développées d'après une loi ou par une cause inconnue semblable à celle par exemple en vertu de laquelle on voit des fibres musculaires se produire dans la corde mésentérique de l'anus contre nature.

M. Dolbeau a mis sous vos yeux un enchondrome de la partie inférieure du rectum (p. 6) et vous a fait remarquer le siége assez insolite d'une semblable tumeur. Je n'y insisterai pas, et je pas-

serai tout de suite à l'examen de deux exemples d'imperforation de l'anus.

Dans les deux cas, l'intestin s'ouvrait par un orifice très étroit dans l'urèthre, aux environs de la région prostatique. Chez l'un de ces enfants (p. 98), on put constater la sortie de bulles de gaz par le méat urinaire; chez l'autre (p. 285), l'urine, de coloration noirâtre, indiquait assez la présence du méconium.

M. Proust vous a montré, dans la même séance, deux altérations très différentes du foie (p. 397 et 398) chez une petite fille offrant tous les signes de la syphilis congénitale; il a trouvé ces plaques blanchâtres considérées comme une manifestation de la vérole dans l'organe sécréteur de la bile. Puis c'était chez un adulte une altération du même organe, altération ressemblant à du tissu érectile.

Une dilatation des conduits hépatiques a été mise sous vos yeux par M. Potain (p. 348); mais à l'autopsie non plus que dans les antécédents nous ne retrouvons la cause de cette lésion, qui remonte évidemment à une époque déjà ancienne.

Il faudrait avoir plus de détails que ne vous en a donné M. Baudot pour caractériser l'état pathologique du foie qu'il vous a présenté (p. 213). La glande avait un aspect uniforme, une coloration jaunâtre, disposée par plaques; ses éléments cellulaires étaient remplis de granulations graisseuses. Si l'on retrouve là quelques éléments de cette altération du foie que l'on a désignée sous le nom d'*atrophie jaune aiguë*, l'augmentation de volume de l'organe, les quelques symptômes notés dans l'observation doivent faire éloigner l'idée d'une semblable dégénérescence.

La guérison des kystes hydatiques du foie, que nous nous efforçons d'obtenir par divers modes de traitement, est parfois l'œuvre de la nature, et même cette guérison spontanée, s'il faut en croire les auteurs qui se sont occupés du sujet, est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Les deux exemples qui vous ont été montrés, l'un par M. Fritz (p. 171), l'autre par M. Potain (p. 353), ne diffèrent en rien de ce que l'on rencontre d'habitude : dégénérescence fibreuse et osseuse en certains points des parois du kyste adventif, débris de membranes acéphalocystes, présence d'une matière jaune grisâtre de consistance caséeuse remplissant

l'intérieur de la poche, et contenant des crochets d'échinocoques, de la cholestérine et de la graisse.

La rate ne nous a fourni qu'une seule pièce, ce sont des incrustations calcaires de la capsule fibreuse de cet organe, productions qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les tissus fibro-séreux de l'économie.

Vous avez eu l'occasion de voir à plusieurs reprises, et notamment l'an dernier, des corps étrangers du péritoine. Vous avez été frappés, sans doute, du volume considérable de celui que M. Perrin vous a présenté (p. 306). Son poids était de 75 grammes, sa circonférence de 15 centimètres. La tumeur était libre dans la cavité séreuse, mais un léger relief sur un point de sa surface donnait à penser qu'à une époque probablement éloignée le corps avait dû être pédiculé. Vous trouverez dans l'*Anatomie pathologique générale* de M. Cruveilhier (t. III, p. 316) un fait qui offre avec celui dont je vous parle la plus grande ressemblance. M. Perrin s'est demandé quel pouvait être le mode d'accroissement de ces productions organiques ; il pense qu'à cause de sa mobilité le corps étranger provoque sur son passage des exsudations dont il s'enveloppe, et dont les éléments servent à former chacune de ces couches concentriques qui augmentent progressivement son volume. Bien que la constatation du fait de ces exsudations nous fasse défaut, l'explication n'en est pas moins ingénieuse, et nous pouvons l'admettre comme réelle jusqu'à preuve du contraire.

Hernies.

Les pièces de hernies qui ont été soumises à votre examen offrent toutes un certain intérêt, mais à des points de vue différents. La hernie crurale présentée par M. de Saint-Germain (p. 252) vous montre un exemple de ces pincements intestinaux à travers l'un des orifices du *fascia crebriformis* : c'est une de ces variétés d'étranglement par les orifices fibreux ou aponévrotiques sur laquelle M. Broca a justement insisté. La disposition des parties nous fait voir, dans ce cas, l'avantage que l'on aurait pu retirer de la modification aussi simple qu'ingénieuse proposée par M. le professeur Laugier pour lever ces sortes d'étranglements, modifi-

cation qui consiste à détruire à l'aide de l'ongle, le sac étant à découvert, la bride fibreuse qui étreint l'anse intestinale.

Nous avions bien affaire à un étranglement par le collet du sac chez le malade de M. Royer (p. 19). L'opération entreprise pour remédier à cet accident resta incomplète, le chirurgien ayant cru à une réduction spontanée de la hernie. L'examen cadavérique démontra qu'il n'en était rien, et que l'obstacle au cours des matières fécales avait persisté. Le présentateur a cherché dans l'épaisseur considérable du tissu cellulaire sous-cutané, dans l'adhérence de l'anse intestinale au sac herniaire, la cause de l'insuccès. M. Dolbeau, sans nier la difficulté, a néanmoins cherché le moyen de la résoudre, et vous a rappelé les sages préceptes de nos maîtres, en formulant devant vous la conduite à tenir en pareille circonstance.

On aurait pu croire à la réduction d'une hernie en masse dans l'observation de M. Warenghem, si un examen attentif n'avait permis de déterminer le siége précis occupé par le sac herniaire et la cause de l'étranglement. Il ressort de la description assez exacte de la pièce que vous avez eue sous les yeux, un exemple d'une espèce de hernie signalée depuis longtemps, à la vérité, mais plus spécialement étudiée dans ces derniers temps, que l'on peut désigner sous le nom générique de *hernies intra-abdominales*. Vous trouverez réunis dans un mémoire de M. Parise et dans un rapport de M. Gosselin insérés dans le tome II des *Mémoires de la Société de chirurgie*, un assez grand nombre de cas analogues. C'est à la variété antévésicale qu'il faut rapporter la hernie que vous a montrée M. Warenghem. Le présentateur ne s'est point borné à un simple exposé des faits ; abordant la question relative à la genèse de ces hernies, il a reproduit devant vous une explication exposée tout au long dans le travail de M. Parise, explication douteuse encore, qui demande, pour être confirmée, des preuves plus convaincantes.

Je terminerai l'examen de ces présentations en vous rappelant le fait de M. Launay (p. 303) : il s'agit d'un enfant nouveau-né qui fut amené à l'hôpital avec des accidents d'étranglement provenant d'une hernie ombilicale congénitale. L'intestin, qui avait contracté des adhérences avec le sac, offrait en cet endroit une coloration rougeâtre, une vascularisation anormale ; il y avait, en

un mot, une péritonite localisée dont la cause nous échappe, faute de détails donnés par l'observateur, mais qu'il ne serait peut-être pas impossible de rapporter à une ligature posée par une main inintelligente à la base de la tumeur.

Appareil respiratoire.

Si les communications relatives aux organes respiratoires ont été peu nombreuses cette année, plusieurs ont néanmoins attiré votre attention d'une manière toute spéciale. Vous trouverez, entre autres, dans vos *Bulletins*, un exemple de cette forme de laryngite que l'on a désignée sous le nom de *laryngite nécrosique aiguë*. Cette affection, bien étudiée par Sestier, s'observe le plus souvent à la suite de la fièvre typhoïde, et depuis quelques années la Société a eu l'occasion de voir un certain nombre de faits de ce genre. Chez le malade de M. Guéniot (p. 169), la nécrose des cartilages du larynx s'est manifestée après un érysipèle de la face paraissant avoir une certaine tendance au sphacèle. Je n'ai, du reste, rien de spécial à noter dans le cas actuel, qui, pour les symptômes et les lésions, ne diffère pas de ce que l'on observe en pareille circonstance.

M. Proust vous a fait voir (p. 59) le larynx d'un homme tuberculeux qui offrait depuis longtemps déjà des troubles de la phonation et de la respiration, et qui succomba avec tous les symptômes de l'œdème de la glotte. Deux sortes de lésions furent trouvées à l'autopsie : les unes aiguës, consistant en une augmentation de volume et en une infiltration plastique du repli aryténo-épiglottique gauche ; les autres chroniques, caractérisées par un épaississement considérable de la muqueuse laryngée. Cette membrane, de couleur violacée, n'était le siége d'aucune ulcération, mais sa surface interne offrait de petites saillies verruqueuses probablement constituées par une hypertrophie des glandes de cette région.

Un autre exemple d'œdème de la glotte vous a été montré par M. Worms (p. 213). La maladie se présenta ici sous une forme très aiguë, et envahit en peu de temps les voies respiratoires supérieures.

Je passe rapidement sur deux présentations de M. Danjoy : l'une

est relative à une dilatation des bronches (p. 422), l'autre à une dégénérescence crétacée d'un ganglion bronchique pour arriver aux lésions du poumon.

Un certain intérêt clinique se rattache à une communication de M. Martineau (p. 211). Notre collègue a mis sous vos yeux des poumons d'un phthisique chez lequel la constatation de certains symptômes aurait pu faire croire à l'existence d'un pneumothorax. Mais si l'induration du tissu pulmonaire, la présence de cavernes même de petite dimension au milieu d'une infiltration tuberculeuse très étendue nous donnent une explication des signes stéthoscopiques perçus pendant la vie, cette multiplicité des lésions devait faire rejeter l'idée d'une perforation pulmonaire. Cet accident se rencontre le plus habituellement, en effet, à une époque encore peu avancée de la phthisie, et le cas de ce genre qui vous a été communiqué par M. Almagro (p. 291) ne s'écarte pas de la règle ordinaire.

Vous devez à M. Descroizilles une observation très détaillée de cancer du poumon et de la plèvre. Chargé d'un rapport sur cette présentation, j'ai déjà eu l'occasion de vous en parler; je n'y reviendrai pas ici.

Dans ce chapitre doivent figurer encore ces quatre tumeurs cancéreuses du médiastin, qui vous ont été montrées par MM. Mauriac (p. 151), Dieuzaide (p. 140), Ed. Cruveilhier (p. 180) et Ed. Labbé (p. 433). Elles ont toutes pour caractère commun de prendre leur point d'origine dans les ganglions lymphatiques, et se rapprochent en cela d'autres pièces déjà consignées dans vos *Bulletins* : en raison de leur siége et de leur étendue, elles amènent des symptômes différents. Tandis que dans quelques cas vous avez vu ces tumeurs se porter vers la région sous-hyoïdienne, vous les verrez dans d'autres venir faire saillie au devant de la poitrine. Par suite de leur envahissement, elles viennent englober les canaux aériens et sanguins; le calibre de la trachée peut être rétréci: de là ces accès de dyspnée si violents qui entraînent parfois la mort. La compression d'une bronche se révèle par un souffle tubaire, ou bien encore par un affaiblissement du murmure respiratoire; l'oblitération veineuse par un œdème plus ou moins prononcé; l'aplatissement d'une artère par la faiblesse ou l'absence des battements dans le vaisseau.

Mais ces symptômes se présentent à l'observateur lorsqu'une tumeur, de quelque nature qu'elle soit, se développe dans le médiastin ; aussi doit-on, pour le cancer, chercher quelques signes qui puissent éclairer le diagnostic. C'est ce qu'a fait M. Millard dans son rapport ; il a insisté sur l'engorgement et l'induration des ganglions cervicaux sus- et sous-claviculaires et axillaires ; il vous a dit que cette dégénérescence des glandes extra-thoraciques avait permis à M. Grisolle, chez le malade de M. Mauriac, de déterminer la nature de l'affection. Ce même engorgement ganglionnaire est également noté dans l'observation de M. Ed. Cruveilhier ; on doit, comme vous le voyez, attacher une certaine importance à la constatation d'un semblable phénomène morbide, et dans les cas douteux ce signe peut être d'une grande valeur.

Appareil circulatoire.

Vous devez à M. Baudot la relation d'un cas de péricardite hémorrhagique chez un homme de quarante-cinq ans. Les symptômes prédominants furent la dyspnée, l'oppression, la teinte anémique de la face, la coloration violacée des lèvres, l'œdème des membres inférieurs, la petitesse et l'irrégularité du pouls, enfin une matité assez étendue à la région précordiale.

Une plaie du péricarde sans lésion du cœur détermina l'inflammation de la séreuse chez un malade dont M. Warenghem vous a rapporté l'observation (p. 17). M. Verneuil vous a fait remarquer, dans ce cas, la régularité des battements du cœur et du pouls, le peu d'intensité de la phlegmasie, ainsi que le sifflement qui se produisait au niveau de la plaie, résultant sans doute de l'entrée d'une certaine quantité d'air dans la cavité séreuse.

En vous montrant une adhérence complète des deux feuillets du péricarde avec incrustation calcaire chez un enfant de douze ans, M. Raynaud a paru attacher une grande importance au dédoublement des deux bruits du cœur. Ce signe, qui doit toujours faire songer à une gêne dans les fonctions cardiaques, pouvait-il, dans ce cas, conduire au diagnostic ? Cela est possible ; je ne saurais cependant être aussi affirmatif que le présentateur.

Un autre exemple d'adhérence complète des feuillets du péri-

carde, que M. Proust a mis sous vos yeux (p. 352), s'accompagnait d'hypertrophie du cœur; la coïncidence de ces deux lésions a été signalée par M. Beau dans un intéressant mémoire; mais ici le fait est complexe, car l'on peut tout aussi bien rapporter l'hypertrophie du cœur à la double lésion de l'orifice aortique qu'à l'altération du péricarde.

Deux rétrécissements de l'orifice mitral vous ont été présentés par M. Beaumetz (p. 126). Les malades ont offert pendant la vie les symptômes habituels de ce genre de lésion. J'aurais désiré avoir plus de détails sur une observation intéressante de M. Almagro : il s'agit d'une femme accouchée depuis deux mois, qui vint à l'hôpital de la Pitié avec les signes d'une affection du cœur. Elle est prise subitement de perte de connaissance et d'hémiplégie; elle meurt deux jours après. Une insuffisance et un rétrécissement de la valvule mitrale furent les seules lésions que l'autopsie fit reconnaître. Il n'existait aucune lésion du cerveau. Cet organe, est-il dit dans la note qui nous a été remise, offre sa consistance et sa coloration normales; ses enveloppes ne sont le siége d'aucune altération.

M. Potain vous a donné une relation détaillée d'un cas de surcharge graisseuse du cœur avec dépôt de graisse sous l'endocarde et commencement de dégénérescence des fibres musculaires de l'organe. En l'absence de signes de lésion vasculaire, le présentateur est arrivé au diagnostic de la maladie, qui offrait les symptômes suivants : affaiblissement des bruits du cœur, irrégularité du pouls, cyanose, sentiment d'oppression et de gêne à la région cardiaque.

La même altération des fibres du cœur produisit une rupture chez une femme de soixante-dix-huit ans (p. 355). La perforation eut lieu au ventricule gauche.

Les dilatations, mais surtout les anévrysmes de l'aorte, tiennent cette année une assez large place dans vos *Bulletins*. Sur une pièce que M. Fritz (p. 11) vous a présentée, la dilatation de l'artère était survenue chez un homme de cinquante-huit ans : elle portait sur la portion ascendante du vaisseau et s'accompagnait d'une insuffisance des valvules sigmoïdes; on trouvait, en outre, comme chez le malade de M. Proust (p. 44), une altération des uniques vasculaires.

Quant aux anévrysmes de l'aorte, il en est un certain nombre dont les symptômes et les lésions n'offrent que peu d'intérêt. Celui que M. Gérin-Roze a mis sous vos yeux était remarquable par son volume. Plusieurs, en raison de leur siége, ont été méconnus pendant la vie; d'autres ont offert tous les signes et toutes les altérations décrits dans nos traités classiques.

J'appellerai votre attention sur cet anévrysme de l'aorte présenté par M. Fritz (p. 13), en raison de sa situation sur la ligne médiane, mais surtout à cause des troubles fonctionnels que sa présence avait déterminés dans la circulation des parties supérieures du corps. Les deux artères carotides étaient oblitérées par des caillots, et, du côté gauche, les coagulations sanguines se prolongeaient jusque dans l'artère sylvienne. Cet obstacle au cours du sang produisit un ramollissement de l'hémisphère cérébral gauche qui se révéla pendant la vie par une hémiplégie du côté droit, et qui devint la cause de la mort.

Un autre fait non moins curieux, que vous devez à M. Pierreson (p. 198), est celui d'un anévrysme de l'aorte ascendante ouvert dans l'artère pulmonaire. Malheureusement, les détails de l'autopsie manquent; pendant la vie, le malade avait offert une orthopnée considérable, de la pâleur de la face, de la cyanose et du refroidissement des extrémités; il existait enfin au niveau du deuxième espace intercostal gauche une tumeur, siége de battements manifestes et d'un souffle très marqué. Ce sont, en effet, les principaux signes notés dans ces cas que l'on a rarement l'occasion d'observer.

Une oblitération de l'artère cérébrale moyenne, ayant occasionné le ramollissement d'une portion de l'encéphale, vous a été montrée par M. Dumont-Pallier (p. 405). Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans récemment accouchée, offrant tous les signes d'une lésion de la valvule mitrale, qui fut prise d'accidents apoplectiformes et succomba plusieurs jours après son entrée à l'hôpital. M. Trousseau, dans le service duquel cette femme était placée, n'hésita pas à rapporter l'altération du cerveau à une embolie, et vous avez vu que l'autopsie est venue lui donner raison.

Plusieurs exemples d'oblitération des branches de l'artère pulmonaire ont été soumis à votre examen. Ces pièces ont un grand intérêt, et, en présence de semblables altérations, vous avez dû

vous poser la question de savoir si les caillots s'étaient formés sur place ou si l'on avait affaire à des caillots migrateurs. Chez les deux malades de M. Fritz (p. 55 et 427) et chez le malade de M. Dumont-Pallier (p. 432), il existait dans d'autres points de l'arbre circulatoire des concrétions sanguines. La question de l'embolie, dans ces cas, peut donc être agitée, sinon résolue. Mais dans le fait de M. Lancereaux (p. 162), les choses se sont passées différemment, et c'est avec juste raison que M. Ed. Labbé est venu établir devant vous que la gêne de la circulation avait seule été la cause des *coagulum* développés sur place dans l'artère pulmonaire.

Pour en finir avec les altérations du système circulatoire, il me reste à vous signaler cette oblitération de la veine porte (p. 365) présentée par M. Labbé, et ces deux faits de coagulation du sang dans les sinus cérébraux, montrés par M. Fritz (p. 70). Cette dernière communication a été de la part de M. Luton l'objet d'un très long rapport, dans lequel notre collègue a cherché à établir que de semblables lésions peuvent être observées pendant la vie sans qu'il existe de phlébite proprement dite. Il vous a fait voir que le caractère anatomo-pathologique tiré de l'aspect des parois des sinus oblitérés constitue le meilleur signe distinctif entre la thrombose cérébrale et l'inflammation veineuse proprement dite. Passant en revue les circonstances dans lesquelles on observe ces lésions, M. Luton en a conclu que leur mode de production était analogue à celui qui, dans les veines, amène la *phlegmatia alba dolens*, et qu'enfin ces coagulations spontanées ont pour conséquence habituelle l'engorgement des veines cérébrales, l'épanchement séreux sous-arachnoïdien, l'hémorrhagie méningée et le ramollissement du cerveau.

Organes génito-urinaires.

Les exemples de rein unique sont assez communs. Le plus habituellement alors, l'organe occupe la ligne médiane au devant de la colonne vertébrale : il est volumineux, et de sa concavité partent les vaisseaux rénaux et les deux uretères. Une variété d'anomalie plus rare est celle dont M. Ed. Cruveilhier a mis un exemple sous

vos yeux (p. 56). L'un des reins manque complétement, sans que celui du côté opposé ait subi de modifications, soit dans son siége, soit dans sa forme, soit dans son volume, soit dans la disposition de ses vaisseaux. Il n'existe qu'un seul uretère, et partant qu'un seul orifice de ce conduit dans la vessie. Vos *Bulletins* contiennent, à propos de cette présentation, l'indication d'autres faits que M. Ed. Cruveilhier a pris soin de mettre en parallèle.

A l'autopsie d'une femme qui mourut avec des accidents convulsifs qu'on pourrait peut-être rattacher à l'urémie, M. Royer (p. 131) a trouvé dans chacun des reins un calcul à plusieurs branches moulé sur l'intérieur des calices et des bassinets.

C'était probablement aussi à l'existence d'un calcul rénal et d'une hydronéphrose consécutive qu'était due l'atrophie du rein présentée par M. Dieuzaide (p. 6). Quelque hypothétique que puisse être cette explication, elle rend néanmoins assez bien raison de l'altération observée.

M. Fritz vous a montré (p. 90) le rein d'un individu mort d'une albuminurie aiguë, sur lequel, malgré la période encore peu avancée de l'affection, on constatait néanmoins déjà la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales. Notre collègue s'est appuyé sur ce fait pour conclure que cette altération n'est pas un phénomène secondaire et consécutif à l'anémie, mais que les éléments épithéliaux sont eux-mêmes le siége d'un travail morbide très actif. En appelant votre attention sur l'hypertrophie du cœur rencontrée à l'autopsie de son malade, M. Fritz n'a eu d'autre but que celui de vous montrer avec quelle réserve il faut accepter l'interprétation des faits qui servent de base à la théorie de M. Traube (de Berlin).

Sous la dénomination de cancer du rein, M. Soulié vous a fait voir (p. 130) une tumeur volumineuse, faisant, en quelque sorte, corps avec l'organe, à surface légèrement bosselée, d'un aspect blanc grisâtre, renfermant des cavités pleines d'un liquide rouge violacé, dans l'intérieur de laquelle l'examen microscopique ne montra que des cellules épithéliales et des éléments fibro-plastiques. Elle rappelle sous plusieurs rapports la pièce présentée en 1859 par M. Blondeau : si vous eûtes à cette époque quelque raison de discuter sur la nature d'une semblable tumeur, notre honorable président, dont l'opinion nous est si précieuse dans les cas

difficiles, avait alors tranché la question d'une manière trop nette pour qu'il pût rester quelques doutes dans votre esprit au sujet du cas actuel.

Nous devons à M. Lancereaux un exemple de polype de la vessie (p. 1) qu'il a recueilli chez une femme. Trois productions de même nature furent rencontrées par M. Caudmont (p. 48) à l'autopsie d'un ecclésiastique tourmenté depuis longtemps par des hématuries; on trouva de plus dans la vessie d'anciens caillots fibrineux dégénérés, d'une consistance telle qu'il eût été difficile au chirurgien le plus attentif de ne pas croire à la présence d'une pierre. L'erreur n'eût porté, du reste, aucun préjudice au malade, car une opération l'eût débarrassé de corps étrangers qui seraient bientôt devenus le noyau d'un ou de plusieurs calculs.

Nous avons encore à enregistrer cette année un cas de mort par infection purulente à la suite de séances de lithotritie. Loin de moi la pensée de jeter quelque défaveur sur cette opération, l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; en vous signalant le fait, j'ai voulu vous montrer quelles précautions exige toute manœuvre opératoire dans une affection des voies urinaires. N'ai-je pas encore à vous entretenir d'accidents à forme intermittente survenus chez une jeune fille à la suite d'une tentative d'extraction d'un passe-lacet qui avait été introduit dans la vessie et qui était devenu le centre d'un calcul. L'autopsie, demeurée incomplète, n'a pu révéler la cause de ces accidents; mais la Société n'a pas hésité, d'après les faits portés à sa connaissance, à les rattacher à une néphrite concomitante.

En mettant sous vos yeux deux calculs extraits de la vessie par la taille prérectale, M. Dolbeau vous a énuméré (p. 250) les avantages de cette opération, qui n'expose pas, dit-il, aux lésions graves des vaisseaux, et par laquelle on évite la section du bulbe. Les succès obtenus par notre collègue doivent l'engager à persévérer dans cette voie, et, si des faits nouveaux venaient confirmer ces heureux résultats, ce procédé pourrait acquérir beaucoup d'importance.

Vous trouverez dans vos *Bulletins* un exemple d'hypertrophie de la prostate avec un ancien abcès de la glande contenant plusieurs calculs. L'histoire du malade, qui vous a été donnée avec détail par M. Leroy (d'Étiolles) (p. 220), offre ceci d'intéressant, que,

par suite de la cavité de la prostate dans laquelle venaient se loger les calculs, on avait pu croire un moment à une guérison complète.

Il me suffira de vous rappeler ce cas de tubercules de la prostate (p. 133) présenté par M. Guerlain, dans lequel on trouvait ces produits morbides à des époques diverses de leur évolution.

La rupture de l'urèthre au niveau de sa portion bulbeuse, qui vous a été montrée (p. 259) par M. de Saint-Germain, était survenue à la suite d'une chute; elle s'accompagna d'une abondante hémorrhagie et d'accidents d'infiltration urineuse qui déterminèrent la mort. Il ne pouvait en être autrement avec une lésion qui intéressait toute la paroi postérieure du canal.

Les rétrécissements doubles de l'urèthre sont assez communs ; aussi passerai-je rapidement sur la présentation de M. Ollivier (p. 57), en appelant toutefois votre attention sur les accidents d'infiltration urineuse auxquels il avait autrefois échappé, et sur le fragment de sonde que l'on trouva dans sa vessie.

Une tumeur du testicule vous a été montrée par M. Houël au nom de M. Richard (p. 63) : elle paraît, d'après les antécédents du malade et d'après l'examen microscopique, devoir être rangée parmi les enchondromes. Je ne ferai que citer cette hématocèle du testicule que M. Després vous a fait voir (p. 45), en regrettant que l'examen de la pièce n'ait pas été fait avec plus de soin.

M. Guyon vous a présenté un testicule tuberculeux (p. 247) dont la coloration jaune uniforme n'offrait pas l'aspect que l'on rencontre habituellement.

Une question d'une grande importance pratique a été soulevée par une communication de M. Bailly (p. 215). Doit-on pratiquer la castration pour un testicule tuberculeux? Il est évident qu'il est impossible de poser ici des règles absolues; mais il résulte de faits bien observés que rarement il faudra recourir à cette opération, car si par elle-même elle expose à des accidents, elle n'empêche pas le plus souvent les produits accidentels d'envahir d'autres parties des organes génito-urinaires. Enfin M. Cruveilhier ne nous a-t-il pas cité le fait d'un individu chez lequel la maladie, abandonnée aux seules ressources de la nature, eut une heureuse terminaison ?

L'encéphaloïde est de beaucoup la variété de cancer la plus fré-

quente qui se rencontre dans le testicule. Deux exemples vous en ont été présentés, l'un par M. Chalvet (p. 265), chez un enfant de trois ans, l'autre par M. Delaunay (p. 273), chez un homme arrivé à la période moyenne de la vie. Dans ce dernier cas, les deux glandes avaient été presque simultanément envahies, et cette double lésion, rare dans le cancer du testicule, avait fait songer au sarcocèle vénérien. Vous avez vu qu'un traitement antisyphilitique n'apporta aucun amendement à l'affection, et que l'engorgement des ganglions lombaires révéla bientôt la véritable nature de la maladie.

Peu de pièces relatives aux altérations de l'utérus et du vagin ont été soumises à votre examen : je ne citerai que pour mémoire ce corps fibreux pédiculé présenté par M. Brouardel (p. 55), ce cancer de l'utérus et du vagin dont M. Maunoir vous a donné la description détaillée, enfin ces deux polypes, l'un du col (p. 402), l'autre du corps de l'utérus (p. 417) ; car j'ai hâte d'arriver à deux observations de grossesse extra-utérine qui offrent entre elles bien des points d'analogie. Toutes deux ont été l'objet d'un rapport très remarquable de M. Guyon, qui a pris soin de mettre en relief certains faits qui se rattachaient à ces cas. A propos de l'observation de M. Leven (p. 187), M. Guyon a très vite abandonné le terrain de l'obstétrique pour arriver aux interminables discussions qui se sont élevées au sujet de la formation de l'hématocèle rétro-utérine. Il y était autorisé par l'observation, qui ne renferme, pour ainsi dire, que de l'anatomie pathologique, et par les réflexions mêmes dont M. Leven avait fait suivre sa présentation. M. Guyon arrive à conclure que, pour expliquer la formation de ces tumeurs sanguines du bassin, il n'est pas besoin, comme le fait M. Gallard, d'invoquer la ponte extra-utérine, et il dit avec raison que, si ce mécanisme peut être adopté dans les cas où l'on a rencontré un produit de conception, il peut être rejeté, ou du moins il devient inutile de l'invoquer pour expliquer l'hémorrhagie, alors que l'on n'a pu trouver aucune trace d'un œuf fécondé ou non.

La malade de M. Leven a fait un séjour de six semaines à l'hôpital ; on regrette de ne pas trouver de détails plus complets sur les symptômes qu'elle a présentés pendant ce temps ni sur le traitement qu'elle a subi. Ainsi nous aurions voulu connaître, au

milieu des quelques signes de péritonite rapportés dans l'observation, les modifications survenues dans la forme, la consistance du ventre, la nature de l'écoulement qui se faisait par la vulve, ses caractères physiques, etc. Peut-être la marche de la maladie et l'observation attentive des symptômes dans un cas dont le diagnostic ne pouvait être énoncé qu'avec réserve auraient pu apporter quelque lumière dans la question.

L'autopsie nous apprend que la tumeur siégeait dans la trompe du côté droit, qu'elle avait déplacé l'utérus et qu'elle était constituée par un fœtus de quatre mois; mais nous n'avons trouvé aucun renseignement sur la disposition de la muqueuse utérine, qui est presque toujours, en pareil cas, tapissée d'une caduque. Rob. Lee cependant cite une observation dans laquelle il constate que, chez une dame morte subitement à la suite d'une hémorrhagie interne, il trouva un œuf dans la trompe droite. En examinant attentivement les parties constituantes de l'œuf, il trouva le chorion enveloppé d'une caduque adhérente à la surface interne de la trompe. Une autre fois, il rencontra la même disposition, et la muqueuse utérine était recouverte d'une matière jaunâtre qui n'avait aucune ressemblance avec la caduque.

« On ne pouvait, dit-il, trouver aucun vaisseau dans cette couche molle. » Il était probablement très difficile pour M. Leven de démêler au milieu du pus et des fausses membranes qui enveloppaient la tumeur les parties qui constituaient les parois du kyste fœtal; mais, comme nous l'avons dit, M. Leven a eu pour but d'appuyer par cette observation les réflexions qui la terminent, et qui ont trait surtout aux théories de l'hématocèle rétro-utérine. M. Guyon et avec lui les membres de la Société anatomique l'ont suivi dans cette voie.

L'observation de M. Jouon (p. 457) est plus complète quant aux symptômes présentés par la malade; mais le présentateur ne semble pas s'être assez préoccupé de la discussion du diagnostic, comme l'a très justement fait remarquer M. Guyon, qui a eu l'occasion d'examiner la malade; nous y reviendrons tout à l'heure. Comme dans le cas précédent, nous avons affaire à une grossesse extra-utérine tubaire du côté droit : le début de la grossesse a été marqué par des troubles dans la menstruation. Chez ces deux femmes, il y a eu des hémorrhagies utérines plus ou moins consi-

dérables ; enfin toutes les deux, à un moment donné, ont présenté des symptômes de péritonite. Ce sont là des faits ordinaires dans la marche des grossesses extra-utérines.

Ces symptômes, joints au développement du ventre, à la sensation d'une tumeur limitée molle, offrant des parties dures ayant quelque analogie avec des membres de fœtus, enfin la tuméfaction des seins, le gonflement des ganglions axillaires et la sécrétion lactée, semblaient offrir un appareil symptomatique assez complet; ajoutez à cela la rapidité avec laquelle s'était développé le ventre et le déplacement qu'avait subi l'utérus, et vous trouverez des raisons suffisantes pour faire pencher la balance du côté de la grossesse extra-utérine, d'autant plus que le diagnostic ne flottait qu'entre cette anomalie et un kyste ovarique. Le chef du service dans lequel était couchée cette malade voulut compléter les renseignements qui devaient lui tracer sa conduite : une première ponction fut faite sans résultat; le trocart semblait avoir pénétré dans une substance molle et spongieuse. L'autopsie montra, en effet, que le placenta avait été incomplétement perforé. Une seconde ponction amena un liquide fétide, sanglant et purulent; trois ou quatre jours après, la malade succombait. L'autopsie fut faite, et vint démontrer l'existence d'un kyste fœtal dans la trompe du côté droit. L'examen des parois a été fait avec le plus grand soin; mais M. Jouon, après avoir indiqué la position de l'utérus, se contente de dire qu'il était sain, tapissé d'une couche de caillots, et nous ne trouvons pas mention de l'existence ou de la non-existence d'une caduque.

M. Guyon, dans son rapport, insiste à juste titre sur la conduite à tenir en pareille occasion : il se demande si, dans un cas où toutes les présomptions seraient, comme dans celui-ci, en faveur d'une grossesse extra-utérine; si, de plus, une ponction exploratrice donnait issue à un liquide purulent fétide, il ne vaudrait pas mieux agir autrement; il n'oublie pas de mentionner que l'inflammation du péritoine avait établi des adhérences avec les parois abdominales. Nous croyons comme lui que l'ouverture produite par le trocart est insuffisante à laisser écouler le liquide, et qu'une incision plus large, en évitant la stagnation des matières putrides, diminuerait peut-être les dangers de mort. M. Guyon signale à ce propos un travail récent de M. Mattei. Cet auteur, dit-il, est frappé

de la mortalité énorme (dans la moitié des cas) qui a lieu lorsque l'ouverture spontanée se fait par l'intestin. Ne pourrait-on pas faire ici l'application du principe que M. Guyon défendait tout à l'heure, et les résultats seraient-ils aussi fâcheux si une large issue était ouverte aux débris du fœtus et aux autres matières putrides? C'est le plus souvent par le rectum que s'opère cette élimination. Dans le cas qui nous occupe, ne pourrait-on pas, comme lorsqu'on enlève un calcul volumineux par le rectum, frayer une voie suffisante à ces matériaux, dont le séjour prolongé au contact de l'air est une cause permanente de danger? ou bien une incision vaginale ou hypogastrique, suivant que la tumeur est plus abordable de l'un ou de l'autre côté, nous paraît, d'une manière plus générale, infiniment préférable à la ponction. Nous n'avons pas besoin de dire que cette opération ne devra être pratiquée que s'il survenait des accidents, et que les terminaisons heureuses (rares, il est vrai, mais possibles) des grossesses extra utérines feront un devoir au chirurgien de temporiser en l'absence de toute complication. Il se présentera évidemment des cas particuliers dans lesquels il faudra déroger à cette conduite, et dans lesquels on devra agir pour ne pas voir survenir des accidents plus sérieux que ne le sont ceux qui suivent ces opérations déjà si graves. Ainsi un fœtus est arrivé à terme, l'œuf n'est pas rompu, la tête fait saillie dans le vagin : ne vaudra-t-il pas mieux, comme dans l'observation de King citée par M. Al. Moreau, par une large incision dans le vagin, frayer une issue aux liquides et à l'enfant, que de courir la chance d'une rupture du kyste dans l'abdomen? Ajoutons que, dans ce dernier cas, l'enfant vécut, et la mère guérit assez rapidement.

Affections des os et des articulations.

Un assez grand nombre d'exemples d'affections des os vous ont été présentés; mais, parmi ces faits, les fractures tiennent la plus grande part.

Six cas de fractures siégeant en divers points du crâne ont fait le sujet de communications de MM. Guerlain (p. 266), Horteloup (p. 283), Béraud (p. 174).

M. Guerlain (p. 266) vous a en outre montré une fracture sié-

geant sur l'os frontal, mais qui, par sa nature et son mode de production, se sépare complétement des autres. Le fragment d'os frontal qu'il a mis sous vos yeux, long et large d'environ 4 centimètres, a été enlevé dans les circonstances suivantes. Un homme faisant de la gymnastique se trouva suspendu par l'arcade orbitaire à l'un de ces crochets de fer auxquels les bouchers attachent la viande; il en résulta un arrachement de la presque totalité de la paroi antérieure de l'orbite; le fragment osseux qui pendait, et qui ne tenait plus que par un petit lambeau de périoste, fut enlevé par le chirurgien. M. Dufour, à cette occasion, raconta un fait analogue; mais, dans cette circonstance, le fragment osseux fut laissé en place et réappliqué. La cicatrisation fut très rapide, et cependant les sinus frontaux avaient été mis à nu. M. Dufour regrettait avec raison que le chirurgien n'eût pas suivi la même pratique dans le cas de M. Guerlain. En effet, l'autoplastie osseuse et la réunion des surfaces osseuses mises à découvert sont plus faciles qu'on ne le croit généralement, et, sans parler des fractures compliquées qui se trouvent dans une situation un peu différente, la pratique des résections articulaires, l'amputation tibio-tarsienne de M. Pirogoff, nous fournissent de très nombreux exemples de réunion des surfaces osseuses mises au contact après séparation et avivement accidentel ou chirurgical.

M. Guerlain vous a présenté deux autres cas de fracture du crâne. L'un des blessés, jeté avec violence sur le sol, est mort dans le coma quelques heures seulement après la chute. Le côté droit de la tête a porté, comme l'indiquent l'ecchymose du muscle temporal et la fracture qui siége au même niveau, et c'est cependant de l'autre côté, en un point diamétralement opposé, que l'on trouve une violente contusion du cerveau. La fracture, partant du pariétal droit, descend par deux ramifications, l'une vers le trou occipital, l'autre vers le trou sphéno-épineux, de telle sorte que le rocher, séparé à sa base, forme un coin dont le sommet est en haut et la base en bas et en dedans.

Dans le second fait de M. Guerlain (p. 430), la fracture avait intéressé une des branches postérieures de l'artère méningée moyenne : aussi l'hémorrhagie fut-elle assez abondante, et elle a paru entrer pour une grande part dans la terminaison funeste. En effet, bien que renversé violemment par un [illegible] lancé au galop,

bien qu'âgé de soixante et dix ans, malgré la complication de fractures de la clavicule, de plusieurs côtes et du sternum, le malade vint à pied de la place de l'Hôtel-de-Ville à l'Hôtel-Dieu; mais, quelques heures après, le blessé devint pâle, la respiration s'embarrassa, devint stertoreuse, et la mort arriva la nuit même de l'accident. L'autopsie permit de constater à l'intérieur de la boîte crânienne un épanchement de sang qui n'avait pas moins de 2 centimètres d'épaisseur sur 12 centimètres de diamètre, et qui occupait les fosses temporale et occipitale. Dans ce cas encore, c'est du côté opposé à la fracture que se montrèrent les lésions cérébrales, consistant en une ecchymose large, mais superficielle, sur la corne postérieure de l'hémisphère gauche, en un foyer sanguin noirâtre dans le corps strié et un autre très près de la partie postérieure de l'hémisphère, toujours du côté gauche, la fracture siégeant à droite, ainsi que l'ecchymose du muscle temporal.

Sur la pièce présentée par M. Béraud (p. 174), la fracture du rocher siégeait aussi à droite, et les lésions cérébrales existaient à gauche, c'est-à-dire du côté opposé; mais, dans ce fait, les lésions cérébrales sont peu marquées, et il n'est point dit en quel état se trouvait l'hémisphère droit du cerveau, quoique du silence de l'observateur sur ce point nous soyons peut-être en droit d'inférer qu'il était intact.

C'est aussi du temporal que part la fracture dont M. Horteloup vous a montré les pièces anatomiques; comme dans le cas de M. Guerlain, la solution de continuité était à deux branches, qui, se portant du pariétal au rocher, divisaient cet os au niveau de l'oreille interne, et laissaient une partie de la portion pétrée du temporal libre et mobile. Le malade avait présenté pendant les quelques jours qui suivirent l'accident un écoulement sanguin, puis séreux, par l'oreille, et l'on trouva à l'autopsie un épanchement assez considérable dans l'intérieur du crâne.

Une ancienne fracture directe du crâne par un éclat d'obus (p. 308), fracture située à 3 centimètres au-dessus de l'apophyse mastoïde gauche, avec enfoncement de la paroi osseuse, vous a fait voir une fois de plus la pauvreté des ressources de la nature quand il s'agit de cicatriser une solution de continuité de la boîte osseuse du crâne. Que l'on veuille l'attribuer au peu d'aptitude de la dure-mère et du péricrâne à la régénération des os, ou seule-

ment à l'absence d'une certaine couche de parties molles ambiantes, l'absence de consolidation était évidente sur cette pièce, malgré le long espace de temps qui s'était écoulé depuis l'époque de la fracture.

M. Meunier vous a présenté un exemple de fracture secondaire de la cuisse (p. 415) survenue au deuxième mois de la guérison d'une fracture affectant le fémur du côté droit. La malade était une femme âgée de cinquante-huit ans, exempte de diathèses syphilitique, cancéreuse ou autre. Atteinte d'une fracture de la cuisse droite, elle fut traitée par l'application d'un appareil de plâtre qui permit à un chevauchement et à un raccourcissement du membre assez considérables de s'effectuer, en même temps que l'articulation du genou offrait dans les mouvements une certaine roideur. On eut recours au massage et aux flexions forcées. Pendant une de ces manœuvres, l'élève chargé de les exécuter entendit tout à coup un assez fort craquement, et l'on vit se produire tous les signes d'une fracture récente. Malheureusement, la malade, prise au bout de quelques jours d'un érysipèle, succomba rapidement. On put constater alors que le cal, datant de deux mois, n'avait pas cédé comme on l'avait cru d'abord, mais que la nouvelle solution de continuité siégeait juste au niveau de l'endroit où finissait en haut le cal réparateur de la première fracture.

C'est aussi une fracture du fémur qui a fait le sujet d'une présentation de M. Ollivier (p. 42). Elle siégeait au-dessus des condyles, qui étaient eux-mêmes séparés verticalement l'un de l'autre. L'articulation communiquait assez largement avec le foyer de la fracture, ainsi que l'autopsie vint le démontrer, car le malade, âgé de quatre-vingt-quatre ans, ne tarda pas à succomber à la suite d'accidents cérébraux.

M. Guéniot a mis sous les yeux de la Société des pièces anatomiques recueillies dans un cas de fracture de jambe (p. 206) accompagnée de saillie du fragment supérieur, saillie combattue au moyen de la pointe métallique de M. Malgaigne. Le blessé mourut six semaines après l'accident d'une complication pulmonaire. La pointe, appliquée par M. Malgaigne le 1er janvier, était demeurée en place quinze jours environ. C'était une occasion, heureusement rare, d'examiner quels sont sur les os les effets de la pression permanente produite par une tige métallique très aiguë. On sait que

M. Malgaigne prétend (et l'observation souvent répétée lui donne raison) que la pointe n'amène aucune inflammation des parties molles qu'elle traverse, à la condition toutefois qu'elle sera maintenue parfaitement en place et qu'on ne lui laissera exécuter aucune espèce de glissement. Il affirme également que la pointe ne perfore pas l'os, malgré une pression assez forte, et qu'elle ne fait qu'appuyer sur la face antéro-interne du tibia. L'autopsie, dans ce cas, est venue justifier ce qui avait été dit par M. Malgaigne. Bien que la pointe eût subi quelques légers déplacements par suite de mouvements désordonnés du malade, on ne trouva qu'une légère érosion de l'os, qui présentait, au lieu de l'aspect lisse et régulier du tissu compacte, l'apparence d'un tissu finement spongieux. Du reste, pas de décollement du périoste, qui n'offrait qu'un très faible épaississement et une très légère injection des capillaires sanguins.

M. Chalvet vous a fait voir un exemple de pseudarthrose de la jambe (p. 49). La jeune malade, âgée de huit ans et demi, s'était fracturé la jambe alors qu'elle était encore chez sa nourrice. Aucune espèce de moyen contentif n'ayant été employé, il se fit une consolidation vicieuse qui gêna beaucoup la marche. Lorsqu'elle eut deux ans, les parents la conduisirent chez un médecin et insistèrent vivement pour que l'on essayât de redresser le membre. Le cal, au lieu de se redresser comme cela arrive parfois chez les jeunes sujets, se rompit, et tous les moyens tentés pour obtenir une consolidation devinrent inutiles. M. Guersant eut recours, pour combattre la pseudarthrose, à la rugination, à la résection des fragments, à l'immobilisation prolongée : le tout fut sans résultat; on fut obligé de s'en tenir à un appareil orthopédique. Malgré les secours de la mécanique, les parents pensèrent qu'une jambe de bois serait préférable à une infirmité qui ne laissait plus entrevoir la possibilité d'une guérison. M. Guersant, considérant que la pseudarthrose était le siége de vives douleurs, et que, dans les derniers temps, il y avait eu menace de la formation d'un abcès, se décida à pratiquer l'amputation.

L'examen du membre amputé montra que l'insuccès des tentatives de résection tenait, comme cela arrive si souvent, à l'interposition de parties molles entre les deux fragments, qui ne se trou-

vaient pas dans un rapport assez exact pour que l'on pût espérer es voir se réunir.

M. Coulon vous a présenté un bel exemple de fractures multiples et de simples courbures simulant des fractures chez un enfant rachitique. Le petit malade, âgé de deux ans et demi, était sans forces; il pouvait à peine se tenir debout, et très souvent il lui arrivait de tomber. Ce sont probablement ces chutes fréquentes qui, sous l'influence de son état général, ont causé les fractures et les courbures multiples pour lesquelles il est entré à l'hôpital. La clavicule droite présentait vers la partie moyenne un angle saillant en avant; l'humérus gauche était fracturé à sa partie moyenne; l'avant-bras droit, l'avant-bras gauche étaient le siége de courbures prononcées. Il en était de même des deux jambes: les deux fémurs étaient également fracturés. On chercha à rendre aux os leur rectitude normale et à obtenir la consolidation, en même temps que, par un traitement interne, on cherchait à améliorer la constitution. Aucun travail de réparation ne parut se faire dans les os, et le petit malade, atteint de convulsions dont on ne put trouver la cause, mourut pendant un des accès. A l'autopsie, on trouva le périoste très épaissi, mais peu adhérent. Le tissu compacte était très mince. Plusieurs os, entre autres ceux des avant-bras et des jambes, avaient une apparence fibreuse; il n'y avait de fractures complètes que celle de l'humérus et celles des deux fémurs; bien que les fragments fussent retenus au contact par le périoste épaissi, mais non détaché, il n'y avait aucune trace de consolidation. Cette observation est intéressante à plus d'un titre : elle montre que les os, chez les rachitiques, sont non-seulement très flexibles, mais encore très fragiles; elle prouve que, chez eux, la consolidation ne s'opère pas pendant la période de ramollissement; elle nous fait voir enfin plusieurs altérations curieuses, par exemple un épaississement considérable du périoste, des épanchements sanguins entre cette membrane fibreuse et l'os, une transformation du tissu osseux en tissu fibreux; enfin, du côté de la concavité des courbures, un développement notable de tissu fin, aréolaire, de tissu spongoïde.

Chez un autre malade observé par M. Chalvet, des phénomènes analogues se sont montrés, quoique moins prononcés. Il s'agit d'une petite fille de vingt-six mois, également rachitique, mais

atteinte seulement d'une fracture de la cuisse droite. Après vingt jours de l'application d'un appareil, on croyait la fracture consolidée, et l'on se disposait à rendre l'enfant à ses parents, lorsqu'elle fut prise d'angine couenneuse et succomba. L'examen cadavérique fit voir que le fémur n'était qu'incomplétement fracturé; mais il montra aussi que la portion brisée n'était le siége d'aucun travail réparateur, sauf la présence d'une exsudation de consistance fibro-cartilagineuse située sur la lèvre supérieure de la fracture, et oblitérant à ce niveau le canal médullaire. Ces deux exemples nous montrent l'influence fâcheuse du rachitisme, qui, en même temps qu'il est la cause de fractures, empêche aussi leur consolidation.

La diathèse cancéreuse produit, quoique plus rarement, ce résultat, et M. Roché vous en a montré un bel exemple (p. 438). Une femme âgée de quarante et un ans fut amputée du sein pour un cancer non ulcéré; quelque temps après survint une récidive. La maladie s'étendit rapidement aux ganglions axillaires, et la tumeur cancéreuse de la mamelle ulcérée et douloureuse paraissait avoir de telles connexions avec les tissus et les organes voisins, qu'on ne crut pas devoir pratiquer une nouvelle opération. Au bout de sept mois, la cuisse droite devint douloureuse; il s'y manifesta un œdème analogue à celui de la *phlegmatia alba dolens*. L'œdème disparut bientôt; mais les douleurs s'accrurent : elles se fixèrent au niveau du pli de l'aine, et elles apparurent avec une égale violence des deux côtés. Bientôt les cuisses ne purent exécuter aucun mouvement; en palpant avec soin le pli de l'aine, on sentait à gauche, dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale, une tuméfaction assez grande, une tumeur dure, immobile sous les téguments. A droite, rien de semblable; néanmoins la douleur est très vive, et les mouvements sont impossibles. Plus tard, on remarque une forte déviation du pied en dehors; la cuisse a suivi le même mouvement et ne peut plus être ramenée dans sa situation normale. A la fin il survint une diarrhée incoercible, un délire presque continuel, et la malade ne tarda pas à succomber dans le marasme.

On put constater après la mort que la maladie cancéreuse avait envahi les deux cols du fémur; que ceux-ci s'étaient fracturés, sinon spontanément, du moins sous l'influence de très petits mouvements. A la place du tissu osseux on trouvait une matière jaunâtre ayant l'aspect de suif déjà un peu ancien, et, au milieu de

ce tissu, on rencontrait çà et là quelques fragments osseux. Au niveau de la diaphyse de l'os, à l'endroit où commence le canal médullaire, la dégénérescence s'arrêtait brusquement.

A côté de ces faits nous pouvons placer ce cas de fracture incomplète de côte que M. Jouon a mis sous vos yeux (p. 47). Le blessé, âgé de quarante ans, avait été comprimé violemment entre un cheval et un mur. Outre une déchirure très profonde du foie en trois points de sa surface convexe et l'existence de 3 litres de sang noir épanché dans la cavité péritonéale, il existait une fracture incomplète de la septième côte droite.

M. Bonnejoy vous a montré une fracture du cartilage costal inférieur gauche, à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, sur un sujet de cinquante-huit ans. Le chevauchement était considérable ; la surface du fragment inférieur semblait adhérer sans intermédiaire au tissu osseux du cal.

Les exemples d'affections inflammatoires et organiques des os ont été assez nombreux. Dans une carie du rocher que vous a présentée M. Dumont (p. 203), vous avez pu voir comment l'inflammation, se propageant vers l'encéphale, peut déterminer une mort très rapide.

Vos *Bulletins* contiennent aussi un certain nombre de cancers des os : je vous citerai entre autres ce cancer de l'orbite qui vous a été communiqué par M. Pihan (p. 367), et dont la complication du côté des méninges amena la mort du malade ; ce cancer de l'omoplate dont M. Launay vous a donné une observation très détaillée (p. 297) ; enfin cet encéphaloïde des os du bassin qui avait détruit l'os des iles (p. 16) et qui avait envahi aussi le sacrum en respectant les organes viscéraux.

Parmi les faits assez rares, nous rangerons ce bel exemple d'hydatides de l'os iliaque mis sous vos yeux par M. Pihan (p. 363). Notre collègue vous a montré aussi une ostéite qui avait détruit une grande partie de l'os des iles. Si nous ajoutons un cas de nécrose de l'extrémité inférieure du fémur présenté par M. Brouardel (p. 418) et une lésion du même genre siégeant à l'humérus, sur laquelle M. Chalvet vous a remis une note complète, nous aurons épuisé la liste des principales altérations des os dans leur continuité.

Articulations.

Les affections articulaires occupent cette année peu de place dans vos *Bulletins*. Vous devez à M. Guéniot la relation d'un fait d'extraction d'un corps étranger siégeant dans l'articulation du genou par la méthode en deux temps, c'est-à-dire fixation du corps étranger en dehors de l'article, puis extraction consécutive. C'est un nouveau cas de guérison à ajouter à la liste déjà si longue des succès obtenus par ce procédé opératoire.

Enfin M. Pihan vous a fait voir une arthrite aiguë du coude qui nécessita l'amputation du bras, et M. Chalvet une tumeur blanche du genou (p. 277), pour laquelle on pratiqua l'amputation de la cuisse, mais sans succès, car une ostéomyélite avait envahi le fémur même avant l'opération, circonstance qui avait primitivement porté le chirurgien vers la désarticulation coxo-fémorale.

Monstruosités et anomalies.

Par exception, je n'ai à résumer cette année qu'une présentation relative aux monstruosités : c'est ce fœtus acéphale dont M. Al. Moreau vous a longuement entretenus, et dont il vous a donné la description détaillée. Une des particularités de ce fait, sur laquelle M. Al. Moreau a surtout attiré votre attention, c'est l'absence complète de colonne vertébrale, de sacrum et de coccyx. Les membres supérieurs sont à l'état rudimentaire; comme vestige du canal alimentaire, on ne trouve qu'une anse intestinale située dans une petite cavité séreuse communiquant avec la vessie. Il n'existe qu'un rein et qu'un uretère. Tels sont les points saillants que je me contenterai de vous signaler sans y insister plus longuement.

Parmi les anomalies dont j'ai à faire mention, quelques-unes ont déjà trouvé place dans le cours de ce compte rendu; deux seulement nous occuperont ici : c'est d'abord une anomalie assez rare des canaux biliaires présentée par M. Ed. Cruveilhier (p. 66), puis une anomalie du cœur mise sous vos yeux par M. Guibert (p. 55). L'organe central de la circulation n'a que deux cavités, une oreillette et un ventricule; un seul vaisseau, l'aorte probable-

ment, part du ventricule vers sa partie antérieure et droite. On ne retrouve pas sur l'oreillette, tant elle est mutilée, l'embouchure des veines qui y aboutissent; il a été également impossible de reconnaître l'état du canal artériel et de l'artère pulmonaire. Ce vice de conformation du cœur, qui représente l'organe à l'état embryonnaire, a déjà été signalé dans plusieurs travaux intéressants, entre autres dans un opuscule de M. Peackock.

Tumeurs.

Certaines communications relatives à des tumeurs siégeant en différentes parties du corps ont été l'objet d'une étude spéciale, et méritent de trouver place dans un chapitre à part. Notre très regrettable collègue Ch. Dufour vous a donné, au sujet de plusieurs tumeurs du sein, les résultats de ses recherches micrographiques : il vous a montré que ces tumeurs étaient constituées par une exubérance de l'épithélium glandulaire. Aussi les regarde-t-il comme appartenant à une période de transition entre l'état normal et le tissu cancéreux. Dans toutes ces communications, nous retrouvons les indices d'une théorie de conciliation entre les deux écoles qui se partagent l'opinion sur la question de l'anatomie pathologique du cancer. Admettant avec les uns l'exubérance des éléments de nouvelle formation, et par suite la destruction des tissus normaux de la région envahie, il reconnaissait avec les autres qu'au moins, à une certaine période de leur évolution, les cellules présentaient des caractères dont il faut tenir compte. Ainsi la forme irrégulière, l'élargissement considérable des cellules, mais surtout le volume exagéré des noyaux et des nucléoles, lui semblaient appartenir en propre aux productions cancéreuses. Il a même consigné, dans un tableau inséré dans vos *Bulletins*, les résultats de vingt-neuf mensurations de nucléoles, de noyaux et de cellules. La comparaison de ces divers éléments histologiques à l'état normal et dans les cas de cancer permet d'établir que le diamètre moyen de ces mêmes éléments acquiert un volume double dans les tissus dégénérés. Ces mêmes caractères se retrouvaient également dans une tumeur de la cuisse que M. Parmentier vous a présentée (p. 171).

Le fait de récidives plus ou moins nombreuses ne suffirait pas à

faire distinguer les tumeurs cancéreuses des hypertrophies glandulaires. M. Parmentier, en mettant sous vos yeux une semblable tumeur de la mamelle récidivée, vous citait le cas d'une femme opérée à cinq reprises différentes, et à quelques mois d'intervalle, par MM. Monod et Demarquay. C'est qu'en effet quelques lobules de la glande laissés par le bistouri sont capables de reproduire ces tumeurs dites adénoïdes.

Vous n'ignorez pas que certains éléments plus ou moins complexes peuvent accidentellement envahir des tissus dans lesquels on ne les rencontre jamais, même pendant les périodes de la vie embryonnaire. C'est ce fait pathologique que M. Lebert désigne sous le nom d'hétérotopie plastique. La tumeur que vous a fait voir M. Lancereaux (p. 292) offrait un remarquable exemple de ce genre d'altération. Par une singulière aberration des fonctions assimilatrices, des éléments de la structure des os avaient envahi la mamelle. Dans les mailles d'une trame fibreuse, on voyait au microscope un grand nombre de cellules à noyaux multiples identiques avec ces éléments du tissu médullaire des os que M. Ch. Robin a décrits sous le nom de myéloplaxes. Ainsi non-seulement ces myéloplaxes peuvent constituer l'élément fondamental et distinctif de ces tumeurs des os si consciencieusement étudiées par notre collègue M. Eug. Nélaton dans une thèse remarquable, mais encore on les voit, à l'exemple du tissu cartilagineux et d'un grand nombre d'autres éléments histologiques, se développer en des points de l'économie où l'on ne les rencontre pas à l'état normal.

Dans une tumeur du vagin que vous devez à M. Parmentier (p. 245), il y avait hypergénèse de l'élément musculaire et du tissu connectif; de nombreux vaisseaux capillaires parcouraient la masse charnue, sorte de polype sessile implanté à l'orifice vulvaire. La présence de fibres musculaires lisses ou fibres-cellules nous indique qu'il y avait eu formation de nouveaux éléments, fait pathologique assez rare, bien qu'on l'observe physiologiquement pour l'utérus et pour le vagin pendant la gestation.

Trois enchondromes de la région parotidienne vous ont été successivement présentés par MM. Ed. Cruveilhier (p. 177), Charrier (p. 346), L. Labbé (p. 353) : ce sont des types de la maladie sur

laquelle M. Dolbeau a, dans ces derniers temps, appelé l'attention.

Une tumeur située dans la même région, montrée par M. Pamard (p. 450), avait offert tous les signes cliniques de l'enchondrome, et l'on n'avait pas hésité à porter le diagnostic. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une hypertrophie glandulaire avec prédominance du tissu fibreux. Dans son rapport sur ce fait, M. Dolbeau vous a cité un certain nombre de cas dans lesquels des hypertrophies glandulaires présentaient les signes cliniques de l'enchondrome. M. Dolbeau ne serait pas éloigné de ranger toutes ces tumeurs dans la même classe, à cause de leur bénignité, mais encore en raison de la facilité avec laquelle on peut les enlever sans léser des organes importants.

En s'entourant d'un kyste, les épanchements sanguins peuvent à la longue subir de telles transformations qu'ils simulent des tumeurs d'une nature tout à fait différente de celle à laquelle ils doivent leur origine. C'est ainsi qu'une tumeur hématique de la partie postérieure et moyenne du bras, soumise à votre examen par M. Ed. Simon (p. 329), a été prise pour un fibrome. Restée indolente pendant trente-cinq ans, elle avait fini par s'enflammer et donner lieu à un abcès, puis il s'était formé un trajet fistuleux au fond duquel on sentait un corps dur. L'extirpation de la tumeur fut faite : l'on reconnut alors qu'une coque fibreuse, incrustée de plaques calcaires, servait d'enveloppe à une tumeur constituée par de la fibrine concrétée. Dans un rapport des plus intéressants, M. Trélat a discuté toutes les difficultés de diagnostic auxquelles ces tumeurs peuvent donner lieu. En vous citant quelques observations analogues, il vous a montré que parfois le pronostic n'était pas sans gravité, et que ces tumeurs n'étaient pas exemptes de récidives.

Il me reste encore à vous rappeler un intéressant et long mémoire de M. Chalvet sur la coloration bleue et verte que l'on observe au voisinage des plaies, et qui a été souvent confondue avec la véritable suppuration bleue des auteurs.

Ici s'arrête, messieurs, la liste des travaux de la Société anatomique pendant l'année 1860. Je me suis attaché, dans une revue d'ensemble, à vous exposer les faits bien plus qu'à les discuter. Quelque imparfaite que soit cette étude, elle suffira néanmoins, je

l'espère, pour vous donner une idée de l'importance des documents nouveaux qui ont pris place dans vos *Bulletins*.

Mes fonctions de secrétaire expirent aujourd'hui : permettez-moi donc en cette séance solennelle de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me conférant ce titre.

ÉLOGE DE LENOIR

PRONONCÉ PAR M. LE DOCTEUR TRÉLAT

Depuis quelque temps, la mort semblait avoir oublié la Société anatomique, et chaque année nous pouvions clore nos travaux sans prononcer une parole de deuil. Il n'en est point de même cette fois. Jeunes et vieux, tous ont été frappés : les uns illustrés par de longs travaux, arrivés au terme de la carrière et au faîte des honneurs; les autres riches surtout d'espérances et de foi dans l'avenir.

Inscrivons pieusement leurs noms à la suite de tous ceux que gardent nos archives. Presque tous ont laissé une trace durable dans nos souvenirs; car, messieurs, c'est un grand honneur pour notre Société d'avoir compté parmi ses membres la plupart des hommes qui ont fait progresser les sciences médicales depuis près de quarante ans.

Celui dont je vais vous retracer la vie a été l'un de nos collègues les plus proches, un des fondateurs de la Société anatomique, son premier secrétaire annuel, et, à son heure dernière, évoquant le souvenir de ses débuts dans la vie scientifique, il a voulu consacrer par un bienfait son souvenir parmi nous.

Adolphe Lenoir était né à Meaux le 6 août 1802, au sein d'une famille vivant dans une modeste aisance acquise par le travail. Il commença son éducation à Gand, sous les auspices d'un parent, d'un oncle pour lequel il garda toujours des sentiments de vive reconnaissance.

Rappelé en France par la mort de son père, il fit ses dernières classes au collége Henri IV, et, libre désormais de choisir sa car-

rière, il retourna à Meaux, sa ville natale. M. Houzelot père y exerçait alors la chirurgie, et conduisait, à l'hôpital, une petite troupe de jeunes gens qui, sans être encore des étudiants réguliers, tâtaient pour ainsi dire la profession par un apprentissage volontaire. Lenoir était du nombre; il goûta ces études, et, l'année suivante, en 1821, il prenait sa première inscription à la Faculté de médecine de Paris.

Les premières années se passèrent dans le calme; jouissant de toute liberté, sans grande ambition, vivant à l'aise, Lenoir n'était poussé par aucune cause dans la voie si émouvante des concours. Il était laborieux cependant, et, grâce à une habileté de main qui devait faire de lui un des meilleurs opérateurs de son temps, il avait acquis à l'École pratique une petite renommée de préparateur qui fixa sur lui l'attention du nouveau professeur d'anatomie de la Faculté.

Notre honorable président, M. Cruveilhier, venait de concevoir la pensée de restaurer la Société anatomique dont il appréciait par avance la haute mission. La première Société, fondée en 1813 par Dupuytren, avait fonctionné pendant cinq ans et rendu de grands services à la science ; elle était tombée parce qu'elle se résumait en un seul homme, son fondateur, et que les institutions qui reposent sur une seule tête n'ont pas en elles les éléments d'une longue durée. En 1814, Laennec, Magendie, Orfila, MM. Cruveilhier et Serres firent une tentative infructueuse; il y avait alors trop de trouble dans la vie publique.

En 1826, les temps étaient plus calmes. M. Cruveilhier comprit qu'une œuvre jeune doit être formée d'éléments jeunes, et qu'il faut aux sociétés naissantes l'ardeur d'hommes qui entrent dans la vie, l'entrain que donne le vif désir du succès. Autour de lui, à l'École pratique, il chercha les plus laborieux, les plus intelligents, et, le 12 janvier 1826, il ouvrait la première séance de la Société anatomique avec un personnel de douze membres. Lenoir siégeait au milieu de cette jeunesse d'élite. Il ne tarda pas à s'y faire remarquer; car, au bout de six mois, la Société s'étant décidée à nommer un secrétaire annuel au lieu de secrétaire trimestriel, l'appela à remplir ces fonctions honorables, et le chargea par conséquent du premier compte rendu qui figure dans nos *Bulletins*.

Ce compte rendu, messieurs, renferme un passage dont un de

nos collègues, M. Broca, a fait ressortir toute l'importance dans une autre enceinte (1). Lenoir, exposant les idées de son ami Royer-Collard, trace de la manière la plus claire les premières bases de cette théorie cellulaire que beaucoup d'entre nous attribuent à tort à l'Allemagne.

Après l'expiration de ses fonctions de secrétaire, Lenoir continua à fréquenter la Société anatomique, et, jusqu'en 1835, nous trouvons dans nos *Bulletins* de nombreuses communications faites par lui. Une d'elles mérite d'être distinguée (t. IX, p. 176). Au sujet d'une tumeur des os, considérée comme un cancer, il se demande qu'est-ce qu'un cancer? Question vaine, à laquelle il ne trouve aucune solution ; car, dit-il, on n'a étudié jusqu'ici que la forme extérieure et les variétés de siége, caractères trompeurs, variables, et qui doivent céder le pas à ceux qui résultent de la conformation intérieure, de la structure intime.

Vous le voyez, messieurs, c'est toujours le même procès, et, pour les esprits droits, la même conclusion. Ne reconnaissez-vous pas là le point de départ de ces nombreuses et intéressantes discussions qui, depuis plus de dix ans, ont tant de fois animé nos séances? Sans crainte d'erreur, je puis affirmer que c'est dans le sens indiqué par notre regretté collègue, vers l'étude de la structure intime et des caractères anatomiques, qu'ont été dirigés tous nos travaux.

J'ai voulu vous parler, messieurs, avec quelque détail, des moments qui nous appartiennent plus particulièrement dans la vie de Lenoir ; c'étaient ses premiers débuts.

Il n'était pas encore interne lorsque la Société le nomma secrétaire. Exclusivement voué à l'anatomie, il avait négligé les travaux de pathologie, et, en 1825 et 1826, avait échoué au concours de l'internat. Il changea de marche, et, se livrant alors à un travail assidu, il fut nommé le premier en 1827, et entra dans les hôpitaux au commencement de l'année suivante. La joie légitime de ce premier succès lui a laissé une longue impression ; il s'en est souvenu lorsqu'à son dernier jour il a légué tous ses instruments de chirurgie au premier interne nommé pour la promotion de 1861.

(1) *Éloge de Lenoir*, [illegible] rurgie, séance du 9 janvier 1861.

Il fit un an d'internat à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine; une autre année à la Salpêtrière, sous la direction de Magendie, et termina son temps dans le service de chirugie de l'hôpital Beaujon, dont Marjolin était chirurgien en chef, et Blandin chirurgien en second. C'est là qu'il compléta son instruction chirurgicale avec Lisfranc, dont il avait été le préparateur; il avait appris le manuel opératoire avec Marjolin et Blandin; il étudia l'indication opératoire, le choix de la méthode, la prudence dans la décision, le tact dans l'exécution, qualités délicates que l'on peut développer par l'habitude et une bonne direction, mais qu'on ne saurait créer de toutes pièces chez celui qui n'en possède pas le germe.

A partir de ce moment, Lenoir était armé pour les concours; il venait de faire de fortes et complètes études d'anatomie et de chirurgie, et, de plus, par son caractère droit, loyal, il s'était acquis l'amitié durable et dévouée de ses deux chefs, Marjolin et Blandin. Cette amitié ne lui fit jamais défaut, et l'aida à parcourir rapidement les étapes des concours. Aide d'anatomie en 1831, prosecteur en 1833, il devenait en même temps, en 1835, agrégé à la Faculté et chirurgien du Bureau central.

Déjà pendant le cours de son prosectorat à l'École pratique, il avait continué dans l'enseignement de la médecine opératoire les succès de ses prédécesseurs, MM. Robert et Michon. Appelé par ses fonctions d'agrégé à remplacer les professeurs Sanson et J. Cloquet, il se fit remarquer par son jugement droit, ses aptitudes de praticien, son habileté manuelle.

Il n'en fallait pas davantage pour le mettre en relief. Sa réputation prit un essor rapide ; il eut des succès de clientèle, et bientôt on le considéra comme destiné à arriver aux plus hautes fonctions médicales.

Jusqu'ici, messieurs, nous avons vu Lenoir marcher de succès en succès, soutenu par son intelligence, son travail, les amitiés que lui avaient values ses qualités de cœur. Il était arrivé au terme. Cette carrière, si brillamment commencée, devait s'arrêter brusquement devant une muraille infranchissable de revers. Je passerai rapidement sur cette longue et cruelle période de sa vie. Miné à la fois par les chagrins et la maladie, il lui fallut un grand courage pour affronter encore de nouvelles luttes.

En 1841, il concourut pour la chaire de médecine opératoire vacante depuis la mort de Richerand ; ce fut Blandin qui l'emporta, laissant à ses compétiteurs la place de chef des travaux anatomiques. Ici encore Lenoir rencontra un concurrent redoutable, M. Denonvilliers, qui fut nommé à une voix de majorité. Bientôt il perd sa mère, pour laquelle il avait une vive affection ; une phlébite de la veine axillaire le met aux portes du tombeau. Il n'échappe à ces assauts réitérés qu'affaibli, découragé, éprouvant des souffrances vagues et profondes qu'il attribue à un cancer de la rate, puis à un engorgement du foie, et qui l'obligent chaque été à aller demander aux thermes des Pyrénées ou des Alpes un peu de repos et d'amélioration.

Vers 1850, il retrouve assez d'énergie pour concourir une seconde fois pour cette même chaire de médecine opératoire. Vous savez quel compétiteur sortit vainqueur de la lutte : M. Malgaigne était dans toute la plénitude de ce talent vigoureux et mordant que vous lui connaissez tous. On comprend que Lenoir se soit brisé contre un obtacle de cette solidité.

Il ne fut pas plus heureux dans sa candidature à l'Académie de médecine, notre collègue M. Depaul, plus spécialement voué à l'étude et à la pratique des accouchements, lui fut préféré.

C'était le dernier effort. Vers 1857, il éprouva des accès de néphrite calculeuse, on constata l'existence de pierres dans la vessie ; lui-même, aidé de M. Voillemier, pratiqua la lithotritie une première fois ; puis cette opération dut être répétée jusqu'à quatre fois dans la même année. Au commencement de 1860, il put se traîner encore jusqu'à Amélie-les-Bains, où il passa un hiver de souffrances atroces. Il voulut, sentant sa fin prochaine, revoir ses amis, et vint expirer au milieu d'eux le 17 juin 1860, jouissant de tout son calme, de toute son intelligence, après avoir légué un souvenir matériel à tout ce qu'il avait aimé et honoré pendant sa vie.

Lenoir a publié différents travaux d'anatomie et de chirurgie que nous ne pouvons omettre de signaler. Il a décrit les *bourses muqueuses sous-cutanées de la plante des pieds*, les *formes différentes du conduit auditif suivant les âges*, les *rapports des veines du bassin avec les aponévroses qu'elles longent ou qu'elles traversent*.

On lui doit une modification de procédé pour la *désarticulation*

coxo-fémorale, une thèse d'agrégation sur l'*amputation de la jambe*, thèse où il expose le procédé si connu qui porte son nom, et qui, jusqu'à ces dernières années, était presque le seul employé dans la pratique.

Tout le monde connaît les deux thèses sur la *bronchotomie* et sur les *opérations qui se pratiquent sur les muscles de l'œil;* elles seront consultées par tous ceux qui s'occupent de l'un ou l'autre de ces sujets.

Il publia, en 1849, dans la *Gazette des hôpitaux* un mémoire sur les *déformations du bassin chez la femme* par suite de luxation congénitale ou accidentelle du fémur, et pendant le cours de sa dernière maladie, il put reprendre le même sujet et le traiter avec de nouveaux développements dans les *Archives de médecine* (janvier 1859).

Lenoir collabora très activement à la rédaction de plusieurs ouvrages généraux de pathologie. C'est lui qui a écrit toute la partie chirurgicale de la quatrième édition des *Éléments de pathologie médico-chirurgicale de Roche, Sanson et Lenoir*. Il fournit de nombreux articles au *Dictionnaire des études médicales pratiques*, aux *Archives générales de médecine*, à la *Presse médicale*.

En 1846, Lenoir avait commencé la publication d'un *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement*. Quelques planches seulement avaient paru; mais l'auteur avait de nombreux matériaux tout préparés, et ce fut un grand chagrin pour lui, quand il se vit mourir, que de laisser son œuvre inachevée. Cette douleur lui fut épargnée; son éditeur, le nôtre aussi, M. Masson, et deux de ses collègues, qui occupent dans la science une position enviée, MM. Danyau et Laborie, lui firent la promesse solennelle que son atlas serait complétement publié. Après cette promesse, il put s'éteindre tranquille, sans reproches, et entouré des regrets de tous.

Ce n'est pas à nous qu'il appartient de louer les qualités intimes de Lenoir, cela a été fait dans une autre Société qu'il a fréquentée tant qu'il a eu la force de s'y rendre, la Société de chirurgie. Pour nous, il suffit de vous l'avoir montré honorable, utile, digne d'être proposé comme exemple, et méritant des membres futurs de notre Société ce respect qui s'attache spontanément à toute existence bien remplie.

ÉLOGE D'AM. FORGET

PRONONCÉ PAR M. ÉD. CRUVEILHIER

Messieurs,

Il me semble que l'on doit se sentir en proie à une vive émotion lorsque, pour la première fois surtout, on se trouve appelé à juger un savant à qui est échu ce rare bonheur d'avoir rempli de son nom le monde médical et de s'être placé de son vivant dans cette sphère élevée où se groupent les hommes d'un mérite supérieur, à quelque doctrine, à quelque âge qu'ils appartiennent.

Pour m'aider dans l'accomplissement de ma tâche, j'ai votre bienveillance d'abord, et de plus la sympathie que le nom de Forget inspire. Il me semble qu'un peu du talent de ces hommes illustres doit émaner de leurs œuvres et ajouter aux paroles de celui qui cherche à retracer leur vie un peu de l'éclat du modèle. J'aime à me persuader aussi que, semblable au palladium de l'antique Troie, cette ombre illustre doit éloigner de ma pensée tout ce qui pourrait compromettre sa mémoire ou altérer son remarquable esprit.

Amédée Forget naquit en Saintonge dans les premières années de notre siècle. Sa mère mourut en lui donnant le jour, et l'abandon dans lequel il se trouva eut une grande influence sur sa destinée : c'est ainsi que nous le voyons en 1824 prendre part à un concours ouvert pour la médecine navale. Il fit plusieurs campagnes maritimes, et c'est aux études auxquelles se livra son esprit déjà avide d'apprendre que nous devons la publication, en 1832, de son *Traité de médecine navale*. Ce fut en 1828 que Forget sou-

tint sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Paris; deux années après, il obtenait le titre de membre adjoint de la Société anatomique; l'année suivante, il devenait membre titulaire et vice-secrétaire; l'année suivante encore, il était nommé secrétaire. Déjà à cette époque, le titre d'agrégé de la Faculté était venu couronner ses laborieux efforts. Une place se trouva vide à la Faculté de Strasbourg par la mort du professeur Lobstein en 1836. Forget y vola et obtint cette place à la suite d'un brillant concours qui a laissé des souvenirs encore vivants dans toute l'Alsace.

Voici Forget parvenu au but de ses vœux; jeune encore, il occupe une chaire emportée brillamment par l'éclat de son mérite. Il eût pu se reposer de ses fatigues; mais croire qu'il pouvait agir ainsi, c'était bien mal le connaître : tout son temps est à la science, et, professeur entouré d'élèves qu'il tient suspendus à sa parole, il n'en continuera pas moins patiemment ses travaux, accroissant chaque jour les trésors de science qu'il possède en leur apportant de nouvelles richesses, vulgarisant chaque jour ses idées qu'il sait rendre ineffaçables par la manière saisissante dont il les expose, par la forme originale et pleine de verve dont il sait les revêtir. Même au milieu des souffrances d'une affection chronique des poumons, qui s'est compliquée d'une hypertrophie du cœur, Forget conserve cet âpre et continuel amour de l'étude et de l'enseignement, et, au milieu même des douleurs de l'affection organique à laquelle il est en proie, les élèves le voient toujours souriant, l'esprit aussi lucide et aussi net que s'il ne ressentait pas ces luttes intérieures.

Une complication terrible vint mettre un terme à sa vie et attrister le corps médical entier : le 11 mars, une apoplexie pulmonaire se déclara, et le 19 Forget n'était plus. Dire à combien de regrets sa mort vint donner lieu serait impossible; les élèves surtout, qui chez lui avaient toujours trouvé un professeur heureux de les instruire, ne mettant ses soins qu'à leur rendre la science agréable et facile, les élèves, dis-je, déplorèrent cette grande perte comme elle méritait de l'être, et l'un d'eux voulut dire à Forget, au nom de ses camarades, un dernier et attendrissant adieu.

Je vais vous parler, messieurs, des œuvres de Forget, mais en outre des qualités toutes scientifiques de ses écrits. Il avait un re-

marquable talent d'écrivain ; c'était un littérateur de premier ordre, un polémiste habile : aussi ne faut-il point s'étonner que les journaux, cette arène de la pensée, aient aussi souvent retenti des productions de Forget. Avant tout, c'était un homme convaincu qui ne cherchait que le grand jour et qui se croyait assez payé de sa peine lorsqu'il rencontrait une critique consciencieuse.

Ne la lui refusons pas, messieurs, c'est pour ainsi dire son dernier vœu, car moins d'un an avant sa mort, il écrivait ces lignes : « Que si nous combattons avec vivacité quelques idées qui ont cours ou tendent à s'établir, c'est l'effet naturel d'une certaine ardeur de prosélytisme, c'est l'expression libre d'une conviction profonde. Nous n'espérons pas que la critique use envers nous de plus d'indulgence que nous n'en avons usé à l'égard des autres ; mais ce que nous sommes en droit d'attendre d'elle, ce sont des jugements francs et loyaux comme les nôtres. »

Forget fut plus qu'un littérateur de premier ordre, il fut un philosophe, et, ce qui l'élève bien plus haut dans mon estime, c'est que ce fut un philosophe pratique ; il fit tous ses efforts pour mettre sa vie entière d'accord avec ses principes, cherchant pardessus tout la vérité, abandonnant ses idées aussitôt qu'elles lui paraissaient en lutte avec la raison, précieux flambeau par les rayons duquel il dirigea toute sa vie.

Une des choses qui frappent le plus lorsqu'on examine les titres scientifiques de Forget, c'est leur innombrable multiplicité. Cette multiplicité est telle qu'il faudrait de longues recherches pour rassembler les membres épars, pour ainsi dire, du savant, si, dans sa dernière publication, la plus importante peut-être, il ne donnait la liste de ses nombreux ouvrages. Il est touchant et triste à la fois, pour quiconque se sent ému en face d'une glorieuse mémoire, de voir Forget lui-même, poursuivi comme par un pressentiment secret, énumérer ses titres à la renommée, comme s'il pressentait déjà que la liste qu'il donne restera complète et qu'aucune autre page ne viendra s'ajouter à celle que vient de dicter son intelligence si vive et si nette encore.

Les titres de Forget s'élèvent au nombre de 198 : il y a quatre traités de longue haleine, des lettres publiées dans les journaux, des mémoires, des observations, des cliniques, des articles de dictionnaire, des thèses restées classiques, des relations d'épidé-

mies, des travaux de littérature et de philosophie, toutes productions auxquelles il paraît étonnant que la vie entière d'un homme puisse suffire. Ce qu'il y a de remarquable dans ces œuvres, c'est la diversité des sujets qui y sont traités, diversité à laquelle pouvait seul se plier le génie d'un homme complet, doué de facultés supérieures.

Je ne veux point énumérer ici tous ces travaux, je passerai en revue les plus importants; mais il est intéressant de jeter un coup d'œil sur les points que Forget a plus spécialement étudiés : ainsi on trouve 44 articles sur la philosophie médicale, et 37 sur la thérapeutique générale et spéciale. C'est, en effet, sur ces matières que s'est exercé plus spécialement le professeur de Strasbourg; c'était ce genre d'étude qui plaisait le plus à son génie si net et si investigateur.

Ne pouvant lire avec le même soin tous les ouvrages émanés de la plume de Forget, je me suis attaché d'abord à connaître à fond les publications dont la Société anatomique a été l'objet, et qui servent, pour ainsi dire, de lien indissoluble entre Forget et nous, en faisant rejaillir sur la Société entière la gloire de l'un de ses membres.

En l'année 1829, dans un compte rendu fait par Bérard aîné, alors secrétaire de la Société, il est fait mention d'une apoplexie hépatique présentée par M. Forget.

En l'année 1830, deux présentations : l'une d'un cancer du pancréas, que Récamier prit pour une affection du rein ; l'autre de deux cancers mélanés de l'œil ; puis enfin un rapport sur un cas d'absence de la protubérance et du cervelet chez une jeune fille morte à onze ans.

Je n'ai rien trouvé de saillant dans ces observations, ce qui tient, sans doute, au peu de développement que la Société donnait alors à ses *Bulletins*.

En 1833, il est fait simple mention d'un cas de cancer du cœur chez un enfant de trois jours. Cette même année nous a conservé le compte rendu annuel des travaux de la Société où M. Forget, agrégé de la Faculté, laisse déjà percer son goût pour les idées positives, pour les deux seules choses qu'il regarde comme certaines dans la science : l'anatomie saine, point de départ; l'anatomie pathologique, aboutissant des maladies ; limites, ajoute-t-il, où

s'accomplit de nécessité le drame dont la mort est le dénoûment.

Le départ de Forget pour Strasbourg vint mettre un terme à l'actif concours qu'il prêtait à la Société, et depuis nous ne retrouvons qu'une communication du professeur nommé membre honoraire en 1835 : cette communication date de 1839; elle a pour objet une vésicule biliaire grosse comme la tête d'un enfant; la cause de cette distension énorme était l'obstruction du canal cholédoque par un calcul.

Avant son départ pour la capitale de l'Alsace, Forget n'avait encore publié que deux volumes ayant trait à la médecine navale; mais je les passerai sous silence, parce que le talent de leur auteur devait, par ses autres publications, les dépasser de beaucoup.

C'est à partir de sa nomination à la place de professeur que nous voyons Forget, encouragé par ses succès de concours, par une facilité merveilleuse pour la vulgarisation de ses idées, lancer dans le monde scientifique, où dès le début il prit une place importante, ses nombreuses publications.

Il est des hommes dont il faut suivre pas à pas les travaux, afin de se rendre bien compte du développement de leurs idées et des changements que font subir à leurs doctrines médicales, avec les connaissances nouvelles et aussi les influences extérieures, ce je ne sais quoi répandu dans l'air qui fait que chaque génération se passionne pour autre chose que ce qui a passionné sa devancière, étrange influence qui fait d'une science qui devrait se modifier sans doute, mais tout en restant dans l'immuabilité des faits acquis, quelque chose de variable et de changeant. Il n'est presque pas d'esprit qui, comme les dieux indiens, n'ait subi de ces transformations tellement ridicules quelquefois qu'elles font sourire l'observateur superficiel qui, semblable à un homme voyant du rivage le mouvement d'un fleuve sans être entraîné par lui, considère ces mutations d'un demi-siècle de distance. Eh bien! on ne pourrait écrire l'histoire des variations de Forget; il semble qu'à partir du moment où sa réputation commençante a mis ses opinions au grand jour, il soit toujours demeuré inébranlable dans ses convictions, ne les discutant que pour les imposer à ses adversaires par leur logique même et leur clarté.

Cet aperçu du caractère de Forget, de sa caractéristique, pour ainsi dire, me permettent de ne pas me conformer à l'ordre de la

chronologie pour l'examen des travaux du savant professeur. Il a tellement remué d'idées, il a semé le monde scientifique de tant de productions diverses, que si l'on prenait pas à pas ses publications, leur nature si diverse et si variée jetterait la confusion dans l'esprit, qui ne saurait de quels jalons se servir dans ce dédale inextricable.

Un des appareils dont Forget a le plus étudié les affections c'est l'appareil digestif. En tête de ses productions sur ce sujet, il faut placer son *Traité de l'entérite folliculeuse*, l'un des ouvrages de cette époque qui ont le plus donné lieu aux contradictions que ne soulèvent jamais les productions médiocres. A ce traité sur l'entérite folliculeuse viennent se joindre, comme corollaire, divers mémoires sur le même sujet destinés à éclaircir des points différents de cette maladie, comme, par exemple, une *Lettre sur le parallèle de la fièvre typhoïde et la variole*, un *Mémoire sur les perforations spontanées du tube digestif*, un travail intitulé : *Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*. En parcourant cette œuvre importante, on est frappé de la netteté et de la logique avec laquelle l'auteur développe et défend ses idées ; son raisonnement est net et lumineux ; il prouve avec une évidence telle que l'on ne pourrait se plaindre que de trop de clarté. Je ne veux point rappeler ici les idées de Forget, qui refusait d'admettre la fièvre typhoïde comme entité morbide, par cette raison que les deux symptômes qui servent de définition, la fièvre et l'état typhoïde, peuvent manquer tous deux sans que le signe anatomopathologique fasse défaut, et de plus ces deux symptômes se retrouvent dans d'autres affections où manque le signe anatomopathologique, et ces deux symptômes ne constituent pour personne une maladie identique avec la première. Les deux points fondamentaux sur lesquels insiste souvent Forget c'est ce qu'il appelle les dogmes capitaux : en premier lieu, c'est la localisation des fièvres dites essentielles dans l'appareil digestif; en second lieu, la nature inflammatoire des lésions abdominales.

Dans l'avant-propos, l'auteur s'excuse de braver l'autorité de maîtres révérés qu'il environne de respect et d'amour ; mais, ajoute-t-il, une loi de Solon notait d'infamie le citoyen qui, dans une sédition, ne s'était pas déclaré pour un parti ; l'arène médicale est envahie par l'émeute, à chacun il est enjoint de par l'hu-

manité de déployer son drapeau ; nous déployons le nôtre, espérant le faire avec honneur si la conscience du juste et du vrai suffit pour sanctifier même la défaite.

Eh bien! messieurs, ce sont ces nobles paroles que l'on retrouve sous une autre forme dans mille endroits de ses œuvres qui prêtent aux idées de Forget l'autorité la plus incontestée, celle d'émaner d'un philosophe dans la véritable acception du mot, c'est-à-dire d'un ami de la vérité

Les affections de l'appareil respiratoire ont présenté au professeur de Strasbourg un champ qu'il devait se garder de négliger. On remarque surtout un mémoire sur les pneumonies anomales et leur traitement, publié dans le *Bulletin de thérapeutique;* une note sur la pneumonie fibrineuse où il signale les hémoptysies dues à cette affection essentiellement phlegmasique, comme pouvant faire croire au début d'une phthisie tuberculeuse. Il faut ajouter, cependant, que M. Gubler avait avant lui parlé de cette affection. Un récent mémoire sur la phthisie calculeuse primitive, c'est-à-dire cette affection dans laquelle, en dehors des calculs amenés par la tuberculisation ou l'introduction de poussières minérales, il se forme des ossifications pulmonaires, comme dans la plupart des autres tissus membraneux ou parenchymateux.

Les maladies de l'appareil circulatoire ont été l'objet d'études constantes de la part de Forget : aussi trouvons-nous dans ses œuvres, en outre de son *Précis théorique et pratique des maladies du cœur*, une série de mémoires dont le nombre s'élève à dix-neuf, quelques-uns très importants, et presque tous ayant été suivis d'un certain retentissement.

Le *Précis théorique et pratique des maladies du cœur* n'est pas très connu à Paris ; je ne sais si cela est dû aux petites dimensions du volume, ou bien à ce que l'auteur avait déjà publié cet ouvrage dans la *Gazette médicale* sous le titre de : *Etudes cliniques sur les maladies du cœur*. Il est une chose certaine, c'est que la clarté avec laquelle cet ouvrage est écrit ne le cède en rien à la netteté des autres ouvrages de l'auteur ; il étale franchement ses opinions organiciennes ; il soutient hardiment que toutes les causes des affections du cœur se résolvent en obstacles réels ; c'est à la manière des causes mécaniques qu'agissent les passions violentes ; elles déterminent, en effet, l'afflux du sang vers le cœur ; ce cœur

éprouvant de la difficulté à expulser le liquide exubérant par l'orifice aortique, se laisse distendre et redouble d'action, d'où possibilité de dilatation et d'hypertrophie sans obstacle appréciable. De cette netteté même et de cette ardeur avec laquelle Forget expose ses convictions résulte un peu d'acrimonie dans la discussion : aussi regrette-t-on de le voir traiter, dans cet ouvrage, Laennec « d'esprit mystique et passionné, qui, chose singulière, s'efforce de détruire ses principaux éléments de gloire en attaquant la valeur de l'organicisme ». On trouve encore une autre appréciation de Sydenham vraiment indigne de Forget, c'est lorsque, emporté par la discussion des doctrines du médecin étranger, il finit par le traiter de charlatan, lui qui plus qu'aucun autre, dans plusieurs endroits de ses œuvres, est prodigue d'éloges envers l'Hippocrate anglais.

C'est à propos d'un chapitre intitulé : *Rapports des symptômes organiques avec les symptômes fonctionnels*, que Forget lance à la doctrine vitaliste ses plus terribles arguments. Il y a une objection qu'il veut saper par la base, c'est celle du peu de concordance des causes physiques et des effets physiques. Comment se fait-il qu'avec une lésion peu prononcée il y ait des bruits très intenses, et qu'avec une lésion avancée les bruits anormaux ne se puissent saisir? Contre ce raisonnement Forget épuise les arguments de la logique la plus serrée : aussi ce chapitre est-il un des plus intéressants du livre.

La foi dans l'organicisme ne l'empêchait pas de rejeter un rapport trop intime entre les lésions et les symptômes; le premier, en effet, dans un chapitre très bien fait, il émet cette idée reproduite depuis, c'est que le rétrécissement seul ou l'insuffisance seule d'un orifice du cœur n'a point de signes par lui-même, et que les bruits de souffle tiennent à d'autres altérations des valvules.

Un passage vraiment nouveau est celui où Forget cherche à expliquer l'hypertrophie concentrique à l'aide d'une loi inverse de celle qui lui paraît régir l'hypertrophie excentrique; il pense qu'en avant d'un orifice rétréci il pourrait se développer une hypertrophie concentrique, mais cette hypertrophie ne serait pas une hypertrophie véritable, puisque cette loi ne pourrait expliquer qu'un retrait de la cavité, et non, ainsi que le soutient M. Bouillaud, un développement de la couche musculaire la plus interne

du cœur. C'est à la loi à laquelle je viens de faire allusion que M. Forget donne le nom de *prosténosie*, tandis qu'il réserve à la loi de dilatation en arrière le nom de *opistectasie*.

Voici deux sacrifices à la nomenclature ; du reste M. Forget est assez partisan de cette doctrine restée à peu près isolée dans notre Faculté. Il y a cependant une petite contradiction que je ne puis m'empêcher de faire remarquer, c'est que cette hypertrophie concentrique, pour laquelle M. Forget a fait les frais d'un mot nouveau et d'une théorie mécanique, il ne l'a jamais rencontrée d'une manière manifeste à l'exemple, dit-il dans une autre partie de son ouvrage, de M. Cruveilhier, dont je m'étais éloigné dans un précédent travail.

M. Forget fait suivre son *Traité des maladies du cœur* d'un résumé assez succinct des *Affections des gros vaisseaux et de l'étude du sang*. A propos de ce dernier, il rejette l'humorisme exagéré qui a détrôné Broussais et la doctrine de l'inflammation ; il rejette aussi toute cette classe de maladies bilieuses, classe dans laquelle personne n'a jamais pu démontrer la présence de la bile dans le sang, tandis que les symptômes de l'affection dans laquelle la bile existe dans le sang, du moins sous le rapport de sa matière colorante, je veux dire l'ictère, sont tout différents puisqu'il n'y a pas de fièvre, et qu'on observe au contraire une diminution de fréquence des battements du cœur.

C'est dans cet article sur les altérations du sang que nous trouvons cette loi nettement formulée : toute altération du sang constituant une maladie se complique nécessairement de lésion des solides, car ce sont les organes qui fonctionnent ; or, s'il n'y a pas de maladie sans altération de fonctions, il n'y en a pas non plus sans altération d'organes, ne fût-ce qu'une altération dynamique. Aussi faut-il admettre cette gradation : altération des humeurs, affection des solides, puis trouble de fonctions accusant et constituant la maladie. C'est au moment même où Forget expose les doctrines les plus organiciennes qu'une phrase échappera à sa plume, phrase qui montrera que son organicisme ne va pas plus loin que sa raison, et qu'il sait s'arrêter devant des causes supérieures. Il discute la question de savoir laquelle est primitive de la lésion des liquides et de celle des solides, c'est alors qu'il ajoute que toutes ces lésions ne sont elles-mêmes que des effets d'une cause incon-

nue, et que, dans les maladies nous ne savons rechercher que les éléments.

J'arrive maintenant aux *Principes de thérapeutique générale et spéciale*. Ce livre a une grande importance pour quiconque veut juger Forget; car, ainsi qu'il le dit lui-même, ce livre c'est l'exposition et le développement de sa doctrine des éléments; c'est l'exposé des principes qui président à ses actes et à son enseignement; c'est, ajoute-t-il, la caractéristique de notre école; plus loin encore, il ajoute qu'il a voulu traduire dans ce livre son individualité médicale.

Dans ce livre, Forget débute par s'élever avec raison contre ce luxe mensonger des ressources de l'art; cette multiplicité de médicaments qui donnerait une fausse idée de la puissance du médecin, si l'on ne savait qu'en fait de moyens curatifs abondance est synonyme de stérilité. Forget se laisse aller à ce propos à sa verve railleuse : « alors, dit-il, arrive pour ces médicaments mensongers la consécration de l'antiquité; l'antiquité, cette idole de ceux qui refusent de discuter les opinions en elles-mêmes, comme si la vieillesse d'une sottise ou d'une erreur les rendait plus respectables. »

Dans son introduction, Forget s'élève à une grande hauteur d'idée : il refuse d'admettre que le fondement de la thérapeutique primitive fut l'expérience; l'expérience, expression magique que l'on prodigue et prostitue au point de l'appliquer aux grossières et ridicules visions de l'homme à l'état sauvage. Ce n'est point ainsi que la comprenaient Bacon, Sydenham et tant d'autres illustres médecins et philosophes qui s'accordent à considérer l'expérience en médecine surtout comme le résultat de la connaissance exacte des phénomènes de la nature et comme la plus haute expression de la science, de la raison et du génie. C'est ici qu'avec Bordeu nous pourrions demander à ces expérimentateurs des temps primitifs : de quel droit ils ont vu?

On voit donc que Forget rejette presque complétement les découvertes dues au simple hasard; c'est au rationalisme, comme il le dit, qu'est due l'invention de la plupart des médicaments.

L'auteur jette alors un coup d'œil sur l'histoire de la médecine aux premiers âges : « L'homme, dit-il, est l'esclave de son instinct de causalité ; dès l'origine de l'art, il existe des théories divines,

astrologiques, vitalistes, humoristes, et c'est en conséquence de ces théories que les remèdes furent administrés. Quoi qu'il en soit de cette période nébuleuse, il est évident qu'une fois l'art constitué sous forme de science, une fois que des théories ont été formulées dogmatiquement, le hasard ne dut guère trouver place, et la théorie grossit la matière médicale par simple voie d'induction; il n'est pas jusqu'aux empiriques eux-mêmes qui n'aient besoin d'une théorie rationaliste. »

Après avoir déclaré que l'empirisme pur est la livrée des charlatans qui, sachant la fascination qu'exerce sur le vulgaire le mot expérience, s'intitulent praticiens purs, vu que pour le public la théorie est l'antithèse de la pratique, Forget arrive alors à la classe des médicaments spécifiques qu'il divise en spécifiques d'organes et spécifiques de maladies. Deux raisons lui paraissent militer contre la spécificité des remèdes : d'une part, c'est qu'un remède prétendu spécifique à son origine, reçoit successivement tant d'autres applications qu'il finit par passer à l'état de panacée ; d'autre part, l'action prétendue spécifique des remèdes reçoit bientôt des interprétations qui les ramènent sous les lois de la physique, chimie, physiologie.

Arrive alors la question de la polypharmacie : le professeur de Strasbourg attribue la grande quantité de substances qui entrent dans les médicaments aux Arabes, dont Guy-Patin désignait les remèdes composés sous le nom de *cuisine arabesque*. Puis il s'élève contre les remèdes qui nous sont restés de la période de mysticisme. « Faites jouer, dit-il, tous les éléments de la chimie au gré de la physiologie fantastique de Paracelse et de Sylvius; livrez l'économie au turbulent empire des esprits, des acides, des sels, des ferments composés, neutralisés, dissous, activés ou réprimés par cette avalanche de médicaments nouveaux, et votre imagination restera confondue et votre esprit se révoltera comme sous l'oppression d'un violent cauchemar, et vous vous demanderez comment l'esprit humain a pu créer tant de monstruosités, accepter tant d'extravagances. »

Ce ne sont pas seulement là des idées bien rendues, c'est une protestation dont toute la force subsiste encore quand nous voyons le succès non-seulement du charlatanisme médical, mais du magnétisme et même de la médecine camphrée.

Forget arrive ensuite à l'exposé de sa doctrine, à laquelle il donne le nom de doctrine des éléments. Ces éléments ont pris naissance avec la philosophie elle-même; mais, en somme, c'est à Barthez qu'est due leur apparition dans le monde médical moderne. La doctrine de Forget diffère de celle de Barthez, parce qu'aux éléments physiologiques ou symptomatiques de Barthez, il a substitué des éléments anatomiques ou plutôt pratiques. Le professeur de Strasbourg n'a pu nier le rapport qui existe entre les deux doctrines; la sienne diffère de celle de Montpellier par des rectifications, c'est le nom que lui-même leur donne, et par des additions.

Les rectifications consistent à éloigner les éléments problématiques, hypothétiques, systématiques en un mot, pour n'admettre que des éléments positifs, c'est-à-dire tombant sous le sens. Les additions consistent à reconnaître comme éléments morbides, non plus des maladies de toute pièce, mais bien des membres, des fractions, de vrais éléments en un mot.

Il est impossible, pour bien comprendre l'œuvre de Forget, de ne pas étudier ce qu'il entend par *maladie* et par *éléments pratiques*.

Pour lui, la maladie est un phénomène complexe, un ensemble variable et morbide d'éléments ou états organiques et fonctionnels. Un élément est tout phénomène appréciable entrant dans la composition d'une maladie. Bien que les symptômes constituent les éléments les plus importants des maladies, les autres parties du drame morbide constituent bon nombre d'éléments d'une grande importance, en application comme en théorie : tels sont les causes, la marche, les terminaisons et même les résultats thérapeutiques. Enfin il est diverses espèces d'éléments : il en est de simples, de composés, de primitifs, de secondaires, de propres à chaque maladie, il en est enfin d'accessoires.

Forget ne put se dissimuler que sa doctrine avait beaucoup de traits de ressemblance avec la doctrine des états organiques de l'École de Paris : aussi a-t-il cherché à trouver des différences. Il prend en considération les lésions fonctionnelles, tandis que la doctrine des états organiques ne paraît tenir compte que des lésions matérielles.

Le grand avantage de cette doctrine est de permettre d'attaquer

les maladies par un autre point que l'élément réputé primitif, lorsque celui-ci se soustrait à nos moyens d'action, car la science, d'accord avec la pratique, enseigne que la soustraction d'un élément secondaire peut résoudre l'ensemble du mal à peu près comme la soustraction du moindre élément d'un corps composé peut changer chimiquement son essence : c'est là l'idée culminante qui mérite à notre conception le nom de doctrine. « Que cette doctrine, ajoute plus loin M. Forget, soit simplement provisoire ; que le beau idéal de l'art consiste à s'adresser au principe du mal, cela peut séduire d'autres esprits, mais non le mien, qui ai toujours en vue la guérison du malade. »

Nous avons vu le professeur de Strasbourg, exclusivement organicien d'abord, montrer ensuite quelques tendances à ne pas rejeter les idées vitalistes ; aussi ne faut-il pas s'étonner de le voir passer en revue les différentes écoles vitalistes, organiciennes, l'empirisme, l'éclectisme ; s'écrier que s'enrôler exclusivement sous un des drapeaux arborés par les grands législateurs de la science est chose inconséquente et désastreuse, car chacune de ces bannières n'est qu'un lambeau de la trame scientifique.

Je n'insisterai pas sur les autres travaux de Forget : leur importance pâlit devant celle de son dernier ouvrage, son véritable testament scientifique.

Forget était-il un savant dont le nom restera gravé dans la mémoire des hommes, indissolublement uni à la science que ses efforts ont fait grandir? Je ne le crois pas, messieurs. L'histoire de la médecine lui décernera-t-elle le titre de chef d'école? Je ne le pense pas non plus : ce fut plutôt un réparateur habile qu'un créateur fécond ; il pensa faire une révolution, et il ne fut à la tête que d'une restauration.

Mais si Forget n'avait point le génie des Bichat et des Lavoisier, il avait d'autres qualités moins rares peut-être, mais plus utiles pour l'enseignement.

Esprit droit et lucide, quoique d'une nature bouillante et passionnée, il cherchait toujours à s'éclairer des lumières de son bon sens. *Sancta simplicitas*, divin bon sens, tel était l'épigraphe de son dernier ouvrage, et l'on peut dire que ces mots résumaient et son génie et ses aspirations continuelles. Chez lui, à l'ardent amour de la science se joignait le désir de la débarrasser de toutes

ces fausses théories qui obscurcissent le pur cristal de la vérité.

Faire marcher la science en avant, mais en s'appuyant à chaque pas sur des faits démontrés, tel fut son but. Aussi parle-t-il souvent de Descartes, Bacon, et aussi de philosophie positive.

On peut ne pas accepter la philosophie positive en tant que philosophie; mais il est incontestable que, comme méthode scientifique, elle ne peut mener qu'à d'excellents résultats, et je n'ai pas besoin d'ajouter que, de notre époque, elle a fait ses preuves.

Maintenant le savant appartient à l'histoire; mais le souvenir de ses vertus vit encore parmi nous, car s'il peut y avoir du dissentiment sur le degré de mérite de Forget, il n'y en a pas sur son caractère : franc et loyal, il fut un modèle de confraternité médicale; il ne souilla sa vie par aucune de ces bassesses dont le souvenir honteux rejaillit à travers les siècles jusque sur une mémoire illustre. Il eût pu prendre pour épigraphe le vers du poëte :

Vitam impendere vero !

Et c'est là, messieurs, le plus bel éloge que je puisse lui faire.

ÉLOGE DE CH. DESPRÉS

PRONONCÉ PAR M. CHALVET.

Messieurs,

Encore une perte douloureuse à vous rappeler. Cette année, la mort a frappé indistinctement parmi nous ceux qui ont déjà fini leur tâche et ceux qui l'ont à peine commencée.

Le chirurgien de mérite dont j'ai à vous parler est du nombre de ces derniers. Aussi j'ai moins l'intention d'énumérer devant vous les qualités personnelles d'un homme dont vous connaissez toute l'honorabilité que de profiter de cette circonstance pour enregistrer des travaux peu connus et des idées fécondes que semble menacer l'oubli.

Charles-Denis Després, mort chirurgien de l'hospice de Bicêtre en 1860, naquit dans le département de l'Yonne en 1805. Il commença ses études médicales à la Faculté de Paris en 1825, et il fut de bonne heure nommé interne.

Il eut à cette époque ce que j'appellerai la bonne fortune d'être compris parmi les élèves de Dupuytren, qui l'avait remarqué au concours, et qui lui confia dans la suite *le rang mémorable* des fractures, si vivement convoité.

A peine interne, Després donna des preuves de cette initiative chirurgicale qui fait bien augurer de l'avenir. Son séjour à l'Hôtel-Dieu fut signalé par quelques tentatives qui auraient valu une distinction précoce à leur auteur s'il se fût montré plus empressé à publier ses observations.

Ses premiers essais nous seraient inconnus si quelques collègues n'avaient eu soin de les rappeler en maintes circonstances. Tel est,

par exemple, un cas de réunion du doigt indicateur complétement divisé depuis une demi-heure. Sur ce malade, venu à l'hôpital pendant qu'il était de garde, il obtint un succès remarquable, bien que le résultat final fût compromis par une intervention imprudente.

Ce fut aussi à l'Hôtel-Dieu que Després fit l'application d'un procédé de cathétérisme alors inconnu en France. Il avait à sonder un vieillard affecté d'une hypertrophie considérable de la prostate. Comme il cherchait en vain à pénétrer dans la vessie par les procédés ordinaires, il eut l'heureuse idée d'introduire jusqu'au niveau du cul-de-sac prostatique une sonde flexible avec un mandrin à très petite courbure. Puis, fixant d'une main la tige métallique, de l'autre il passa l'algali vers le réservoir urinaire, et le cathétérisme fut pratiqué comme par enchantement, ainsi qu'il l'avait théoriquement conçu. Ce n'est pas ici le lieu de discuter une question de priorité; je me borne à dire que, dans une lettre sur ce sujet adressée à la *Gazette des hôpitaux* en 1859, le chirurgien de Bicêtre établit clairement que le procédé par lui employé depuis 1832 est en tout point semblable à celui décrit en 1810 par W. Hey, dont il ignorait les travaux quand il y eut recours pour la première fois. Pour cette innovation, je ne puis accepter la critique plus qu'inopportune d'un article anonyme publié dans un journal de médecine, et considérer la méthode de Després comme « *une nouvelle illusion.* » Je crois que ce moyen si souvent utile n'a été vulgarisé parmi nous que grâce à l'initiative, et surtout aux habiles démonstrations pratiques de votre ancien collègue, nous devons lui en être reconnaissants.

Després fut élu membre de la *Société d'anatomie* en 1814. Tout le temps que ses occupations le lui permirent, il fréquenta vos réunions, et sut enrichir nos *Bulletins* de faits intéressants. Ainsi, en 1834, il produisit un exemple de hernie ombilicale existant dans l'*anneau même*. Cette variété de hernie, actuellement devenue classique, fut alors regardée comme impossible, malgré la dissection très démonstrative que le présentateur avait faite de la pièce pathologique : tant il est difficile de vaincre un préjugé, même dans les questions les plus positives !

A la même époque, il communique verbalement quelques détails *sur l'auscultation du ventre* dans certaines péritonites. Il soutient

qu'au début de ces phlegmasies il existe un frottement analogue à celui qui caractérise la péricardite. Il créa dès lors le mot de *frottement péritonéal*, qui devait servir à différencier les accidents de l'étranglement simple de ceux d'une péritonite commençante.

Cette question du *frottement péritonéal*, qui fit en partie le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue en 1840, avait conduit Després à faire une étude spéciale de l'anatomie et de la physiologie pathologique des hernies étranglées.

Quelques années après (1845) il vous exposa ses idées sur la conduite à tenir dans l'opération de la hernie étranglée. Il admit comme règle générale que dès que l'état de l'intestin inspire des craintes à l'opérateur, il faut, sans hésitation, établir un anus contre nature. Il ne croyait pas à l'influence réparatrice de l'*atmosphère péritonéale*. Des expériences faites sur des animaux lui avaient prouvé que les mouvements péristaltiques ne se rétablissent que difficilement sur les portions d'intestin qui ont été le siége d'une forte constriction. Dans ces cas, la suppression de l'étranglement n'étant pas suivie du rétablissement du cours des matières, il se ferait une transsudation lente à travers les parois intestinales. Telle serait la cause de la plupart des péritonites mortelles qui accompagnent l'opération de la hernie étranglée. En conseillant l'entérotomie dans les cas douteux, il ajoutait une grande importance à l'introduction d'une sonde dans les deux bouts de l'anse intestinale. Il évitait ainsi la stagnation des matières dans des intestins malades, et maintenait par des injections fréquentes l'intégrité fonctionnelle de la portion inférieure du tube digestif. Les idées théoriques qui lui avaient d'abord inspiré cette pratique furent plus tard légitimées par l'observation clinique.

Au commencement de l'année 1848, il lut à la Société de chirurgie des exemples heureux d'anus contre nature, et il annonça sur ce sujet la rédaction d'un mémoire qui devait servir d'appui à sa candidature. Ses occupations ne lui permirent pas, dans la suite, d'écrire ce travail avec quelque étendue.

Son procédé, actuellement bien connu, pour réduire les luxations du fémur en haut et en arrière, vous fut communiqué en 1835. Depuis cette époque, de nombreuses expériences faites sur le cadavre et des pièces pathologiques recueillies sur les malades de Bicêtre lui avaient permis de faire une étude complète des cas

d'irréductibilité dans les luxations traumatiques de la hanche. Il avait même fait construire un appareil destiné à réduire les luxations anciennes et à rompre les ankyloses. Les démonstrations auxquelles nous avons assisté en 1859 nous font regretter que ce travail, qui a été pendant près de vingt ans l'objet des méditations de Després, n'ait pas été rédigé par lui de manière à conserver dans leur intégrité les idées pratiques qu'il renferme.

Que dirons-nous d'autres travaux qui n'ont été communiqués qu'à quelques-uns de ses amis ou de ses élèves, et qui n'ont jamais été l'objet de notes imprimées ni manuscrites? On sait que, tant qu'il occupa les postes d'aide d'anatomie et de prosecteur de l'école, c'est-à-dire de 1837 à 1844, il se livra avec ardeur à l'étude de l'anatomie et de la physiologie. Ses cours étaient suivis comme ceux d'un maître déjà connu, et son cabinet de dissection, devenu le rendez-vous des travailleurs, fut quelquefois la source où l'on puisa l'idée de découvertes utiles. A diverses époques, il soutint quatre concours, et écrivit quatre thèses pour l'agrégation. Deux de ces thèses furent présentées dans la section d'anatomie et de physiologie, et les deux autres dans la section de chirurgie. Les thèses de la première section ont pour titre : 1° *De la valeur du microscope dans les études anatomiques*; 2° *Des gaz qui se développent dans le corps des animaux*. Celles de la deuxième section sont intitulées : 1° *Des hémorrhagies traumatiques consécutives*; 2° *Divisions congénitales des lèvres, de la voûte et du voile du palais, leur traitement*.

Ce dernier travail, le plus important des quatre, sera toujours une monographie bonne à consulter.

Després avait aussi commencé la rédaction d'un *Manuel d'anatomie descriptive* qu'il ne continua pas. Nommé au bureau central en 1846, il accepta, dans la suite, la place de chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Lorsqu'on parcourt sa vie scientifique, on voit qu'à l'exception des thèses que nous avons citées, et de quelques articles publiés dans les différents recueils, il n'a pas laissé de travaux assez complets pour lui assurer, dans la science, le rang qu'il s'y serait acquis s'il avait vécu quelques années encore.

Dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, nous trouvons qu'il envoya successivement à cette illustre assemblée deux

notes relatives à la suspension de la respiration, considérée comme cause de quelques-uns des accidents funestes qui ont été observés pendant l'anesthésie chloroformique, et sur les moyens d'y remédier. Dans cette communication, il insiste surtout sur le prolapsus de la langue et le spasme de la glotte à la période de résolution. Pour prévenir l'*asphyxie*, il conseille de soulever fortement la base de la langue avec le doigt courbé en crochet dès que l'on s'est assuré que l'air ne pénètre plus dans les poumons (malgré les efforts d'inspiration exécutés par le thorax). Les cas de résurrection, pour ainsi dire, dont j'ai été témoin, me laisseront toujours convaincu que si le procédé de Desprès n'est pas un moyen infaillible, il est du moins très souvent efficace.

Le traitement du choléra avait aussi fixé l'attention de Desprès, qui professait sur la nature de ce fléau des idées neuves qu'il promettait de publier un jour. Sa position de chirurgien dans un hospice réservé à la vieillesse l'avait conduit à faire des recherches cliniques sur les maladies de la prostate. Il avait déjà réuni de nombreux matériaux pour la publication de cet important travail. L'anatomie pathologique des affections de cette glande avait surtout fixé son attention. Il espérait faire précéder l'histoire des maladies de la prostate de celle non moins intéressante de son anatomie et de sa physiologie. Il était arrivé par de nombreuses dissections à expliquer, disait-il, la double intervention de la prostate dans les fonctions génitales et urinaires. Dans cette étude préliminaire il comprenait l'homologie de ces mêmes organes dans les deux sexes. Sa manière de voir différait beaucoup sur ce point de celle de ses devanciers. Ainsi « *la prostate correspond seulement au col de l'utérus, tandis que les vésicules séminales représentent le corps. De chaque côté de la prostate sont deux ligaments qui correspondent aux ligaments larges. Lorsque, dans les affections de la prostate, ces ligaments sont envahis, ces affections prennent un caractère spécial de gravité.* » Enfin, dans ces derniers temps, il cherchait avec quelque succès à faire de la percussion un moyen de diagnostic pour les fractures du crâne. Je me souviens que, dans un cas douteux, ce mode d'investigation nous révéla la nature de la lésion. Tous les élèves du service purent constater la résonnance particulière du son que le chef de service indiquait comme traduisant une solution de continuité de la boîte crânienne.

Là se termine l'inventaire des travaux de Desprès. Bien que la destinée ne lui ait pas permis d'achever son œuvre, son nom restera parmi ceux des bons chirurgiens de notre époque. Opérateur habile, il possédait surtout ce tact naturel qui guide le praticien dans le choix des indications. Il savait interroger les fonctions pour diriger la thérapeutique, relever ou soutenir le moral de ses malades.

Convaincu des services que la physiologie peut rendre à la clinique, il ne manquait aucune occasion pour inspirer à ses élèves le goût de son étude, en leur en démontrant toute l'importance pratique.

Dans le cours de sa vie chirurgicale, il pratiqua un grand nombre d'opérations de premier ordre. Quelques-unes de ces observations seulement ont été publiées, mais la plupart sont connues de ses élèves. Les succès les plus remarquables de sa pratique sont relatifs à l'opération de la taille et de la hernie étranglée, à la rupture des ankyloses, et à la conservation des membres dans les grandes mutilations, car il était un représentant très heureux de la chirurgie conservatrice.

— Si nous jetons un coup d'œil sur l'homme privé, nous voyons Desprès entouré d'amis nombreux et sincères, et possédant l'estime de tous ceux qui savaient apprécier son caractère. On sait que, doué d'une nature active, d'une verve mordante et enjouée, il commettait parfois des abus de langage, qui ne lui auraient pas été toujours pardonnés avec la même franchise.

Sans rechercher ici jusqu'à quel point cette conviction était fondée, nous pouvons affirmer que nous l'avons constamment connu bon et dévoué pour tout le monde, désintéressé et même généreux pour ses malades. Médecin du bureau de bienfaisance du 12e arrondissement pendant plusieurs années, il se montra l'ami dévoué de la souffrance et de la misère dans ce quartier le moins heureux de Paris. Aussi son nom était-il en grande vénération parmi les habitants de cet arrondissement.

Enfin, messieurs, vous savez comment Desprès [illegible] une maladie cruelle au milieu de ses travaux [illegible] années il était atteint de la goutte, mais les [illegible] diques n'avaient pas ralenti son ardeur. A peine [illegible] d'une dernière crise, il reprit le chemin de [illegible]

notes relatives à la suspension de la respiration, considérée comme cause de quelques-uns des accidents funestes qui ont été observés pendant l'anesthésie chloroformique, et sur les moyens d'y remédier. Dans cette communication, il insiste surtout sur le prolapsus de la langue et le spasme de la glotte à la période de résolution. Pour prévenir l'*asphyxie*, il conseille de soulever fortement la base de la langue avec le doigt courbé en crochet dès que l'on s'est assuré que l'air ne pénètre plus dans les poumons (malgré les efforts d'inspiration exécutés par le thorax). Les cas de résurrection, pour ainsi dire, dont j'ai été témoin, me laisseront toujours convaincu que si le procédé de Després n'est pas un moyen infaillible, il est du moins très souvent efficace.

Le traitement du choléra avait aussi fixé l'attention de Després, qui professait sur la nature de ce fléau des idées neuves qu'il promettait de publier un jour. Sa position de chirurgien dans un hospice réservé à la vieillesse l'avait conduit à faire des recherches cliniques sur les maladies de la prostate. Il avait déjà réuni de nombreux matériaux pour la publication de cet important travail. L'anatomie pathologique des affections de cette glande avait surtout fixé son attention. Il espérait faire précéder l'histoire des maladies de la prostate de celle non moins intéressante de son anatomie et de sa physiologie. Il était arrivé par de nombreuses dissections à expliquer, disait-il, la double intervention de la prostate dans les fonctions génitales et urinaires. Dans cette étude préliminaire il comprenait l'homologie de ces mêmes organes dans les deux sexes. Sa manière de voir différait beaucoup sur ce point de celle de ses devanciers. Ainsi « *la prostate correspond seulement au col de l'utérus, tandis que les vésicules séminales représentent le corps. De chaque côté de la prostate sont deux ligaments qui correspondent aux ligaments larges. Lorsque, dans les affections de la prostate, ces ligaments sont envahis, ces affections prennent un caractère spécial de gravité.* » Enfin, dans ces derniers temps, il cherchait avec quelque succès à faire de la percussion un moyen de diagnostic pour les fractures du crâne. Je me souviens que, dans un cas douteux, ce mode d'investigation nous révéla la nature de la lésion. Tous les élèves du service purent constater la résonnance particulière du son que le chef de service indiquait comme traduisant une solution de continuité de la boîte crânienne.

Là se termine l'inventaire des travaux de Després. Bien que la destinée ne lui ait pas permis d'achever son œuvre, son nom restera parmi ceux des bons chirurgiens de notre époque. Opérateur habile, il possédait surtout ce tact naturel qui guide le praticien dans le choix des indications. Il savait interroger les fonctions pour diriger la thérapeutique, relever ou soutenir le moral de ses malades.

Convaincu des services que la physiologie peut rendre à la clinique, il ne manquait aucune occasion pour inspirer à ses élèves le goût de son étude, en leur en démontrant toute l'importance pratique.

Dans le cours de sa vie chirurgicale, il pratiqua un grand nombre d'opérations de premier ordre. Quelques-unes de ces observations seulement ont été publiées, mais la plupart sont connues de ses élèves. Les succès les plus remarquables de sa pratique sont relatifs à l'opération de la taille et de la hernie étranglée, à la rupture des ankyloses, et à la conservation des membres dans les grandes mutilations, car il était un représentant très heureux de la chirurgie conservatrice.

— Si nous jetons un coup d'œil sur l'homme privé, nous voyons Després entouré d'amis nombreux et sincères, et possédant l'estime de tous ceux qui savaient apprécier son caractère. On sait que, doué d'une nature active, d'une verve mordante et enjouée, il commettait parfois des abus de langage, qui ne lui auraient pas été toujours pardonnés avec la même franchise.

Sans rechercher ici jusqu'à quel point cette conviction était fondée, nous pouvons affirmer que nous l'avons constamment connu bon et dévoué pour tout le monde, désintéressé et même généreux pour ses malades. Médecin du bureau de bienfaisance du 12e arrondissement pendant plusieurs années, il se montra l'ami dévoué de la souffrance et de la misère dans ce quartier le moins heureux de Paris. Aussi son nom était-il en grande vénération parmi les habitants de cet arrondissement.

Enfin, messieurs, vous savez comment Després fut surpris par une maladie cruelle au milieu de ses travaux. Depuis quelques années il était atteint de la goutte, mais des souffrances périodiques n'avaient pas ralenti son ardeur. A peine convalescent d'une dernière crise, il reprit le chemin de l'amphithéâtre pour y

compléter des dissections commencées. Bientôt il se sentit fatigué par les émanations putrides de son laboratoire. Le soir de cette journée fatale la fièvre s'alluma, et il fallut bientôt désespérer. Six jours après il rendait le dernier soupir au milieu de sa famille éplorée ; il avait offert tous les symptômes de l'infection putride.

Ainsi s'est terminée l'existence laborieuse de Després ; il est mort victime de son étude de prédilection. Ses débuts dans la carrière de l'enseignement avaient fait espérer qu'il occuperait un jour une position élevée parmi nos auteurs classiques ; quelques années ont manqué à sa gloire. Cependant il emporta dans la tombe les titres de chirurgien des hôpitaux, de membre de la Société d'anatomie, et l'estime bien méritée de ses collègues.

FIN DU TOME CINQUIÈME (2e SÉRIE).

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS

LE TOME CINQUIÈME DE LA DEUXIÈME SÉRIE

(XXXVe ANNÉE)

A

Adhérences des feuillets du péricarde, 258, 352.
Acéphale (fœtus), 116.
Albuminurie aiguë, 90.
Amygdale (gangrène de l'), 211.
Anévrysme de l'aorte, 137.
— de l'aorte ascendante, 3, 12, 13, 137.
— de la crosse de l'aorte, 421.
— de l'aorte communiquant avec l'artère pulmonaire, 189.
Anomalie du cœur, 55.
— du rein, 56.
— vasculaire, 110.
— de la vésicule biliaire, 66.
Aorte (anévrysme de l'), 3, 12, 13, 29, 137, 421.
— Dilatation de l'), 11, 44.
Anus (imperforation de l'), 285.
Arachnoïde (hémorrhagie de l'), 203.
Artère pulmonaire (embolie de l'), 55, 127, 432.
— (caillots dans l'), 162.
Arthrite aiguë du coude, 295.
Atrophie du lobe cérébral gauche, 422.

B

Bassin (cancer encépaloïde du), 16.
Bronches (dilatation des), 422.

C

Caillots obstruant l'artère pulmonaire, 162.
Calculs rénaux, 131.
— urinaires, 6.
— vésicaux, 209, 250.
Cartilage costal (fracture d'un), 166.
— du larynx (nécrose des), 169.
— thyroïde (fracture), 269.
Cancéreuse (diathèse), 104, 375.
Cancer de la faux du cerveau, 352.
— du fémur, 438.
— de l'intestin grêle, 23.
— du médiastin, 140, 151, 180, 433.
— de l'omoplate, 297.
— de l'orbite, 367.
— des os du bassin, 16.
— du poumon et de la plèvre, 385.
— du rein, 130.
— du sein chez l'homme, 134.
— du testicule, 265, 273.

Cancer de l'utérus et du vagin, 99.
Carie du rocher, 203.
Cataracte capsulaire antérieure, 204.
Cerveau (atrophie d'un lobe du), 422.
— (cancer de la faux du), 352.
— (cancer du), 120, 409.
Coagulation du sang dans les tissus cérébraux, 70.
Cœur (anomalie du), 55.
— (dégénérescence graisseuse du), 412.
— (maladie du), 398.
— (rupture du), 355.
Coloration verte et bleue observée au voisinage des plaies, 225.
Communication ancienne de l'intestin grêle avec le gros intestin, 178.
Compression des nerfs optiques et olfactifs, 143.
Conduits hépatiques (dilatation des), 348.
Corps étranger du genou, 176.
— du péritoine, 306.
— de l'urèthre, 354.
— de la vessie, 250.
— fibreux de l'utérus, 55.
Côte (fracture incomplète de), 47.
Crâne (fracture du), 308, 430.
— (tumeurs cancéreuses), 88.
Coude (arthrite aiguë du), 295.
Cuisse (tumeur de la), 171.
— (fracture de la) chez un rachitique), 309.

D

Dégénérescence graisseuse du cœur, 412.
— de la plèvre et du péritoine, 113.
Diathèse cancéreuse, 104, 375.
Dilatation de l'aorte ascendante, 11, 44.
— des bronches, 422.
— des conduits hépatiques, 348.

E

Éloge funèbre de Desprès, 526.
— de Forget, 511.
— de Lenoir, 504.
Embolie de l'artère cérébrale moyenne 405.
— de l'artère pulmonaire, 127, 162, 432.
Enchondrome de la région parotidienne, 177, 346, 353.
— du rectum, 6.
Erectile veineuse sous-cutanée (tumeur), 166.
Esquille de l'os frontal, 266.
Estomac (ulcère simple de l'), 7, 408.
— polype, 2.

F

Faux du cerveau (cancer de la), 352.
Fémur (cancer du), 438.
Fistules urinaires, 46.
Fœtus acéphale, 116.
Foie (altération du), 213.
— kyste hydatique, 171, 353.
— syphilis, 398.
— tissu érectile, 397.
Fracture du cartilage costal inférieur, 166.
— tyroïde 269.
— incomplète de côte, 47.
— du crâne, 308, 430.
— de cuisse chez un rachitique, 309.
— du fémur, 52.
— du rocher, 174, 283.
— du tibia traitée par la pointe métallique, 206.

G

Ganglions lombaires (altération des), 213.
— bronchique dégénéré, 347.
Gangrène de l'amygdale, 211.
— de l'intestin grêle, 114.
Genou (corps étranger du), 176.
Glotte (œdème de la), 59, 213.

Glucosurie avec altération du quatrième ventricule, 217, 221.
Grossesse extra-utérine, 187, 457.

H

Hématocèle du testicule, 45.
— recto-vaginale. 357.
Hémorrhagie arachnoïdienne, 203.
— de la protubérance annulaire, 201, 311, 321.
Hernie crurale étranglée, 252.
— inguinale étranglée, 19, 301.
— ombilicale congénitale, 303.
Hydatides de l'os iliaque, 363.
Hydrophobie, 136.

I

Iliaque (ostéite de l'os), 286.
Imperforation de l'anus, 98, 285.
Insuffisance de la valvule mitrale, 344.
— des valvules de l'aorte, 350.
Intestin grêle (cancer de l'), 23.
— communication avec le gros intestin, 178.
— gangrène, 114.
— perforation, 292.
— rupture, 54.
— ulcérations, 409.

J

Jambe (pseudarthrose de la), 49.

K

Kyste hydatique du foie dégénéré, 171, 353.

L

Lésions du 4e ventricule, glucosurie, 217, 221.

M

Mal de Pott, 268.
Maxillaire supérieur (tumeur du), 68.
Médiastin (tumeur du), 140, 151, 180, 433.
Méningite, 102.
— tuberculeuse, 167.
Moelle (ramollissement de la), 2.
Morceau de lait caillé vomi par un phthisique, 200.
Myéloplaxes (tumeur du tibia à), 406.

N

Nécrose des cartilages du larynx, 169.
— du fémur, 418.
— de l'humérus, 361.

O

Oblitération de l'artère pulmonaire, 93.
— de la veine porte, 365.
Œdème de la glotte, 59, 213.
OEuf abortif, 8.
Omoplate (cancer de l'), 297.
Orbite (cancer de l'), 161, 367.
Orifice ventriculo-aortique (rétrécissement de l'), 161.
Os frontal (esquille de l'), 266.
— iliaque (hydatides de l'), 363.
Ostéite de l'os iliaque, 286.
Ostéomyélite chronique, 356.
— du fémur, 277.

P

Perforations intestinales, 292.
Péricarde (adhérences du), 248, 352.
— plaie du, 17.
Péricardite hémorrhagique, 135.
Péritoine (corps étranger du), 306.
— dégénérescence tuberculeuse, 113.
Pieds bots, 110.
Plèvre (dégénérescence tuberculeuse), 113.
— cancer, 385.
Pointe métallique (fracture de jambe traitée par la), 206.
Polype de l'estomac, 2.
— naso-pharyngien, 145.

Polype utérin, 402, 417.
— de la vessie, 1.
Poumon (cancer du), 385
— tubercules, 210.
Pneumothorax, 291.
Prostate (abcès et hypertrophie de la), 220.
— tubercules, 133.
Protubérance annulaire (hémorrhagie de la), 201, 311, 321.
— ramollissement, 443.
Pseudarthrose de la jambe, 49.

R

Rachitique (fracture chez un), 309, 359.
Ramollissement de la protubérance, 443.
Rate (incrustations calcaires de la capsule fibreuse de la), 99.
Rectum (enchondrome du), 6.
Rein (anomalie du), 56.
— calculs, 131.
— cancer, 130.
Région parotidienne (enchondrome de la), 177, 346, 353.
— tumeur, 450.
— temporale (tumeur érectile de la) 289.
Rétrécissement de l'orifice mitral, 126, 127.
— ventricul>aortique, 161.
Renversement complet de l'utérus, 399.
Rocher (carie du), 203.
— fracture, 174, 283.
Rupture du cœur, 355.
— de l'intestin grêle, 54.
— de l'urèthre, 259.

S

Sein (tumeur du), 292, 354.
— (cancer du) chez l'homme, 134.
— corps étranger, 349.
Sinus cérébraux (coagulation du sang dans les), 70.
Sonde brisée dans l'urèthre, 57.
Syphilis du foie, 398.

T

Testicule (cancer bilatéral du), 273.
— cancer encéphaloïde, 265.
— hématocèle, 45.
— tumeur, 63.
— tubercules, 214, 247.
Thymus (persistance du), 347.
Trachée (ulcération de la), 2.
Tubercules pulmonaires, 210.
— de la prostate, 133.
— multiples du cervelet, 182.
— du testicule, 214, 247.
Tuberculisation ganglionnaire générale, 182.
Tumeur abdominale, 403.
— blanche du genou, 277.
— cancéreuse du cerveau, 120, 409.
— de la faux du cerveau, 352.
— du crâne et de l'orbite, 88.
— du col de l'utérus, 67.
— de la cuisse, 171.
— du doigt médius, 255.
— érectile veineuse, 166, 289.
— hématique du bras, 329.
— du maxillaire supérieur, 68.
— du médiastin, 140, 151, 180, 433.
— à myéloplaxes du tibia, 406.
— de la parotide, 451.
— du sein, 204, 256, 261, 292, 354.
— du testicule, 63.
— du vagin, 245.

U

Ulcère simple de l'estomac, 7, 408.
— Ulcération tuberculeuse de l'intestin, 409.
Urèthre (corps étranger de l'), 354.
— (rupture de l'), 259.
— (sonde brisée dans l'), 57.
Utérus (cancer de l'), 99.
— (corps fibreux de l'), 55.
— (polype de l'), 402, 417.
— (renversement de l'), 399.
— (tumeur du col de l'), 67,

V

Vagin (tumeur du), 245.
— (cancer du), 99.
Valvules de l'aorte (insuffisance des 350.
valvule mitrale (insuffisance de la), 344.
Veine porte (oblitération de la), 365.
Vésicule biliaire (anomalie de la), 66.
Vessie (caillots sanguins de la), 48.
— (corps étranger de la), 250.
— (polype fongueux de la), 1.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE

DES

TRAVAUX ORIGINAUX, OBSERVATIONS ET MÉMOIRES

Baudot. Tumeur cancéreuse du cerveau, 120.

Bricheteau. Diathèse cancéreuse, 375.

Campana. Tubercules multiples du cervelet; tuberculisation ganglionnaire générale, 182.

Chalvet. Recherches sur la coloration bleue et verte qu'on observe au voisinage des plaies, et qu'on a souvent confondue avec la véritable suppuration des auteurs, 225. — Tumeur blanche du genou; ostéomyélite suppurée du fémur; amputation de cuisse, 277.

Cruveilhier (*Edouard*). Hémorrhagie de la protubérance annulaire (Rapport), 319.

Dolbeau. Tumeur de la région parotidienne (Rapport), 451.

Descroizilles. Tumeur cancéreuse de l'intestin grêle, du mésentère et du grand épiploon; péritonite consécutive; mort, 23. — Cancer du poumon et de la plèvre; épanchement de liquide sanguin dans la plèvre, 385. — Cancer de l'orbite (Rapport), 372.

Delaunay. Cancer bilatéral des testicules; énorme masse encéphaloïde dans l'abdomen; noyau cancéreux dans le corps même de la glande, 273.

Fournier. Tumeur cancéreuse du cerveau (Rapport), 122.

Fritz. Note sur deux cas de coagulation dans les sinus cérébraux, 70.

Genouville. Double anévrysme de la crosse de l'aorte (Rapport), 42. — Cancer du poumon et de la plèvre (Rapport), 393.

Guérin-Roze. Double anévrysme de la crosse de l'aorte, 29.

Guéniot. Hémorrhagie de la protubérance annulaire, 321.

Guyon. Grossesse extra-utérine (Rapport), 190. — Grossesse extra-utérine (Rapport), 461.

Jouon. Grossesse extra-utérine, 457.

Landeta. Fracture du cartilage thyroïde; emphysème traumatique du cou; mort six heures après l'accident, 269.

Lancereaux. Diabète sucré ; altération de la surface ventriculaire, et plus particulièrement du quatrième ventricule ; altération des yeux, 221.

Leven. Grossesse extra-utérine, 187.

Luton. Coagulation du sang dans les sinus cérébraux (Rapport), 79.

Martineau. Hémorrhagie de la protubérance annulaire ; pleurésie double avec œdème à droite ; péricardite et hypertrophie du cœur ; maladie de Bright, 311. — Ramollissement aigu d'une partie de la protubérance située dans la moitié gauche de cet organe ; anciens foyers hémorrhagiques du corps strié droit, de la couche optique et du corps strié gauches, 443.

Mauriac. Tumeur cancéreuse du médiastin supérieur, altération des ganglions thoraciques et abdominaux, 151.

Millard. Tumeur cancéreuse du médiastin (Rapport), 156. — Hémorrhagie de la protubérance annulaire (Rapport), 326.

Pamard. Tumeur de la région parotidienne, 450.

Pihan. Cancer de l'orbite ; méningite, 367.

Roché. Tumeur du sein opérée. — Tumeur cancéreuse de l'aisselle droite. — Cancer du col du fémur des deux côtés. — Fracture double du col du fémur, 438.

Simon. Tumeur hématique développée à la partie postérieure et moyenne du bras droit, 329.

Siredey. Diathèse cancéreuse (Rapport), 382.

Trélat. Tumeur hématique du bras droit (Rapport), 334.

TABLE

DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME.

Almagro, 291, 344.
Bailly, 215, 347.
Barth, 28, 29, 200, 351.
Baudot, 120, 135, 161, 211, 213.
Beaumetz, 126.
Becquet, 7.
Bertholle, 7.
Besnier, 171, 367.
Béraud, 174.
Blachez, 45, 113.
Blot, 10, 49, 51.
Bonnejoy, 166.
Bricheteau, 357, 375.
Campana, 182.
Caudmont, 48, 49, 216, 217.
Chalvet, 49, 225, 265, 277, 309, 361.
Charrier, 113, 346.
Colombel, 137.
Cornille, 201.
Coulon, 359.
Cruveilhier, 55, 64, 112, 113, 143, 182, 215, 347, 348.
Cruveilhier (Edouard), 54, 56, 66, 177, 180, 250, 251, 319.
Danjoy, 347, 350, 421.
Delaunay, 373.
Depaul, 11.
Desprès, 45, 399, 406.
Descroizilles, 23, 288, 372
Dieuzaide, 6, 140.
Dolbeau, 6, 20, 113 [illegible] 251, 349, 451.
Dufour, 8, 11, 64, 67, 172, 204, 215, 217, 256, 261, 266, 402.
Dumont, 203.
Dumont-Pallier, 405, 432.
Fournier, 122.
Fritz, 2, 3, 11, 70, 90, 127, 171.
Genouville, 3, 42, 114, 352, 365, 393.
Gérin-Roze, 29.
Godard, 65.
Gros, 136.
Guéniot, 169, 176, 178, 206, 321, 356.
Guerlain, 46, 133, 209, 266, 430
Guibert, 55.
Guyon, 190, 247, 461.
Horteloup, 283
Houel, 28, 45, 63, 64, 143, [illegible], 215, 216, 348.
Jacquart, 102
Jouon, 47, [illegible]
Labbé (Edouard) [illegible] 169, 170 [illegible]
Labbé [illegible]
Laborde [illegible]
Lance [illegible]

Luton, 79.
Luys, 64, 217, 352.
Marcé, 325.
Marcowitz, 134.
Martineau, 104, 114, 210, 311, 352, 443.
Maunoir, 99.
Mauriac, 151.
Mercier, 48, 113, 167, 354.
Meunier, 415.
Millard, 3, 129, 130, 156, 171, 252, 326.
Moreau (Al.), 116.
Naret, 355.
Ollivier, 52, 56, 99.
Pamard, 110, 204, 450.
Parmentier, 167, 171, 245, 256, 354.
Paul, 409.
Péan, 149, 251, 354.
Perrin, 114, 167, 170, 306, 347.
Pierreson, 198.
Pihan, 286, 295, 363, 367.
Pillon, 367.
Potain, 215, 348, 353, 408, 412.
Proust, 2, 16, 44, 59, 352, 397.
Raynaud, 2, 167, 248, 252, 346.
Roché, 438.
Royer, 19, 131.
Saint-Germain, 259.
Simon, 143, 329.
Siredey, 216, 367, 382.
Soulié, 131.
Tillaux, 53.
Touzé, 268.
Trélat, 49, 53, 64, 112, 113, 181, 285, 334.
Verneuil, 6, 7, 18, 142, 147.
Vidal, 351.
Warenghen, 17, 301.
Worms, 213.